



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sandra Marina Teixeira Carreira

Capacitação dos Cuidadores Informais de Pessoas Vítimas de Traumatismo
Crânio Encefálico: Intervenção dos Enfermeiros

Julho de 2018



Sandra Marina Teixeira Carreira

Capacitação dos Cuidadores Informais de Pessoas Vitimas de Traumatismo Crânio Encefálico:
Intervenção dos Enfermeiros

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Fátima Braga

e

Professora Odete Araújo

Julho de 2018

DECLARAÇÃO

Nome: Sandra Marina Teixeira Carreira

Endereço eletrónico: sandracarreira30@gmail.com

Título da Dissertação: Capacitação dos Cuidadores Informais de Pessoas Vítimas de Traumatismo
Crânio Encefálico: Intervenção dos Enfermeiros

Orientadores:

Professora Mestrada Fátima Braga, Professora da Escola Superior de Enfermagem da
Universidade do Minho.

Professora Doutora Odete Araújo, Professora da Escola Superior de Enfermagem da
Universidade do Minho.

Ano de conclusão: 2018

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

De acordo com a legislação em vigor, não é permitida a reprodução de qualquer parte da
presente dissertação.

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

Agora que finalizo este trabalho, que coincide com mais uma etapa da minha vida que apesar das dificuldades foi ultrapassada, quero expressar a minha gratidão e o meu reconhecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste objetivo.

A primeira palavra de agradecimento, e com um carinho muito especial, é dirigida à Professora Fátima Braga, pela orientação, coordenação e dedicação, tendo tornado possível a concretização deste projeto.

Um agradecimento não menos especial à Professora Odete Araújo que, enquanto orientadora desta dissertação, foi incansável, obrigada pelo apoio, incentivo e pela disponibilidade.

Queria também agradecer aos meus colegas, enfermeiros, que participaram no estudo pela disponibilidade demonstrada, desde do início do estudo, permitindo a concretização com sucesso desta investigação.

O último agradecimento, e o mais importante, é obviamente para a minha família e amigos que estiveram sempre por perto para dar o seu apoio e incentivo permitindo que os menos bons momentos fossem superados e ultrapassados sempre com sucesso, que se vieram a traduzir neste trabalho.

A todos, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Em Portugal o traumatismo crânio encefálico (TCE) representa uma das principais causas de incapacidade. Apesar dos avanços nos cuidados de saúde hospitalares permitirem que mais sobreviventes de TCE vivam no domicílio, cuidados pelas famílias, este evento súbito e inesperado dá pouca margem aos cuidadores informais para prestarem cuidados de qualidade. Alguma da evidência disponível dá conta da necessidade dos enfermeiros envolverem as famílias o mais precocemente possível, capacitando-as e minimizando as consequências negativas associadas à falta de informação, preparação e de suporte recebidos.

A investigação realizada teve por base um estudo qualitativo, exploratório e descritivo com o objetivo de descrever as intervenções promotoras de capacitação, realizadas pelos enfermeiros, aos cuidadores da pessoa vítima de TCE, internados no serviço de Neurocirurgia. Os participantes que integraram o estudo foram selecionados por conveniência (N=15). A recolha de dados foi efetuada através da entrevista semiestruturada, realizada aos enfermeiros a trabalhar num serviço de neurocirurgia. Os dados recolhidos foram gravados e transcritos, tendo sido, posteriormente, sujeitos a análise de conteúdo de acordo com os pressupostos teóricos de Bardin.

Da análise das narrativas das entrevistas dos participantes emergiram cinco categorias: (i) diagnóstico da situação; (ii) dotação de conhecimentos; (iii) avaliação de capacidades; (iv) barreiras percebidas e; (v) potencializadores percebidos.

Os resultados apontam para a necessidade de melhorar a organização do processo de planeamento da alta clínica, permitindo um *continuum* de cuidados prestados pelas famílias. O estudo apresentado permite uma reflexão aprofundada sobre a problemática da capacitação dos cuidadores informais de sobreviventes de traumatismo crânio encefálico. Possibilita, também, melhorar as práticas dos enfermeiros em geral, e em particular, a capacitação dos cuidadores de pessoas vítimas de um traumatismo crânio encefálico.

Palavras-chave: capacitação, cuidador informal, enfermeiros, traumatismo crânio encefálico

ABSTRACT

Traumatic brain injuries (TBI) represent one of the main causes of disability in Portugal. Although advances in hospital health care allow more TBI survivors to live at home, cared by family members, such a sudden and unexpected event does not allow informal caregivers to provide quality care. Available evidence accounts for the need that nurses must to involve families as early as possible, training them and minimizing the negative consequences associated with the lack of information, preparation and support received.

The research was based on a qualitative, exploratory and descriptive study with the purpose of describing interventions which promote training caregivers of TBI survivors admitted in Neurosurgery units by nurses. Participants were selected for convenience (N = 15). Data collection was performed through semi-structured interviews to those nurses working in a neurosurgery unit. The interviews were recorded and transcribed and later analysed according to Bardin's theoretical approach.

From the analysis of the participants' narratives five categories emerged: (i) situation diagnosis; (ii) endowment of knowledge; (iii) capacity assessment; (iv) perceived barriers and (v) perceived enhancers.

The results obtained point to the need to improve the organization of the clinical discharge planning processes, allowing a continuum of care provided by families. This study allows an in-depth reflection on the improvement of skills in informal caregivers of TBI survivors. In addition, this study improvement of nurses' practices in general, and in particular, the training of caregivers of people who suffer from traumatic brain injury.

Key words: training, informal caregiver, nurses, traumatic brain injury

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	19
2.TCE: EVENTO GERADOR DE DEPENDÊNCIA.....	23
2.1 A PESSOA COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO: FISIOPATOLOGIA, CLASSIFICAÇÃO, EPIDIMIOLOGIA.....	23
2.2 O CUIDADO INFORMAL.....	27
2.2.1 Teoria das Transições de Meleis.....	33
2.2.2 Teoria do Autocuidado de Orem.....	40
2.3 CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR.....	41
2.3.1 Competência, Capacitação, <i>Empowerment</i> e Mestria: Definição de Conceitos.....	50
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	53
3.2 QUESTÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO.....	54
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	54
3.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	55
3.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS.....	57
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	57
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	59
4.1 CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	59
4.2. CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO.....	62
4.3 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	63
5. CONCLUSÃO.....	93
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS.....	110
ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética do Hospital de Braga	
ANEXO II - Consentimento Informado	
ANEXO III - Entrevista Semiestruturada	
ANEXO IV - Autorização da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS)	
ANEXO V – Revisão Integrativa da Literatura/ Resumos submetidos a Congressos	

LISTA DE ABREVIATURAS

Cit. por – citado por

et al. – e colaboradores

LISTA DE SIGLAS

AACN - American Association of Critical Care Nurses

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

CDC – Centers of Disease and Prevention

CEUM - Comissão de Ética da Universidade do Minho

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ERG - Escala de Resultados de Glasgow

PEG – Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

PIC- Pressão Intra -Craniana

TCE-Traumatismo Crânio Encefálico

RA - Relação de Ajuda

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SECVS - Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis.....	36
Figura 2- Organização da RNCCI.....	48
Figura 3 - Processo de Capacitação do Cuidador da Pessoa Vítima de TCE.....	91

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.....	44
Quadro 2 - Matriz de redução de dados.....	62
Quadro 3 - Diagnóstico da Situação.....	63
Quadro 4 - Dotação de Conhecimentos	69
Quadro 5 - Avaliação de Capacidades	72
Quadro 6 - Barreiras Percebidas	74
Quadro 7 - Potencializadores Percebidos.....	84
Quadro 8 - Analogia entre as barreiras percebidas e os potencializadores percebidos	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos 1 - Estimativa Global de Taxa de Incidência de TCE.....	25
Gráficos 2 - Caraterização relativamente ao Género dos Enfermeiros.	59
Gráficos 3 - Caraterização relativamente à Idade dos Enfermeiros	60
Gráficos 4 - Caraterização relativamente ao Estado Civil.	60
Gráficos 5 - Caraterização relativamente ao Nível de Formação dos Enfermeiros.....	60
Gráficos 6 - Caraterização relativamente à Experiência Profissional dos Enfermeiros (nº anos de serviço).....	61
Gráficos 7 - Caraterização relativamente ao Número de Anos de Serviço dos Enfermeiros na Neurocirurgia	61

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, iniciado em fevereiro de 2016, foi-nos proposto a elaboração da Dissertação, inserida na unidade curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada integrada no primeiro semestre do segundo ano, sob a orientação da professora Fátima Braga e da professora Odete Araújo.

Nesta dissertação será abordada a problemática da pessoa com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE). Esta temática foi despoletada devido a uma inquietação pessoal subsequente à experiência profissional vivenciada no nosso local de trabalho, visto que no serviço de Neurocirurgia existe um número significativo de doentes que sofreram TCE com elevado grau de incapacidade, tornando-se, pois, essencial a integração e a capacitação dos cuidadores na prestação dos cuidados.

De acordo com Cunha, Costa e Mota (2012), em 2003 a taxa de incidência de TCE seria de 87/100 000 habitantes e em 2010, cerca de 57/100 00. Com base nesta análise, estima-se que, nos últimos 25 anos, mais de 275.000 pessoas tenham sofrido um TCE grave em Portugal e vivam com sequelas dos mesmos.

O TCE surge de forma inesperada e abrupta apanhando a pessoa e família de forma desprevenida provocando muitas vezes incapacidade temporária ou permanente no indivíduo. A família na sociedade atual desempenha um papel extremamente importante na continuidade de cuidados à pessoa dependente em casa.

Os cuidados hospitalares tendem a ser cada vez mais breves “devolvendo” o indivíduo ao domicílio logo que a sua situação permita e, tradicionalmente, cabe à família o papel de cuidador informal (Nogueira, 2008) requerendo desta forma, competências práticas, nomeadamente ao nível dos autocuidados, para lidarem com os novos desafios decorrentes da necessidade de cuidar dos seus membros dependentes.

A maior parte das pessoas não tem como plano para o futuro ser cuidador de um familiar doente (Kerr & Smith, 2001), esta situação surge na maioria das vezes de forma imprevisível. Laham (2003) refere que 80% dos cuidadores não planearam o seu novo papel.

Os cuidadores informais são sobretudo mulheres e:

(...) desempenham atualmente um papel muito importante ao cuidar de familiares e vizinhos, o que as limita profissionalmente e as impede de desempenharem outros papéis na sociedade. Estima-se que o valor da prestação destes apoios, se fosse convertido em dinheiro, atingiria ou excederia os 7,5 milhares de milhões de euros da despesa pública anual do SNS” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014, p.43).

Se estes sistemas informais deixarem de funcionar, a sobrecarga abater-se-á sobre o sistema de saúde e de prestação de apoio público. É também importante que haja boas ligações entre estes sistemas informais e os sistemas de cuidados de saúde, os primeiros têm de ser vistos como parte mais ampla do apoio aos doentes, sendo considerados parceiros, na equipa de cuidados de saúde, em contextos clínicos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

Para estabelecer esta relação de parceria com os cuidadores, nas unidades de saúde, tem posição privilegiada os enfermeiros. Roper, Logan e Tierney (2001) referem que os cuidados de enfermagem consistem em ajudar a pessoa a caminhar no sentido do polo de independência máxima em cada uma das atividades quotidianas e ajudar a manter-se aí, cabendo ao enfermeiro avaliar o nível de independência do doente em cada atividade de vida, determinar até que ponto deve ajudar o doente a deslocar-se no continuum dependência / independência, determinar o tipo de cuidados que necessita para atingir os objetivos traçados e avaliar a evolução alcançada.

Nesta etapa de transição o enfermeiro tem uma função essencial, pois mediante o grau de incapacidade do doente há necessidade de avaliar de forma preventiva e antecipatória as competências/aptidões cognitivas, psicomotoras e relacionais de quem cuida, bem como as suas necessidades, de forma a assegurar que o cuidador presta cuidados com qualidade e que visam a manutenção da saúde e do bem-estar do doente.

Deste modo:

(...) o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe” (Collière, 1999, p. 290).

Para que a pessoa dependente seja cuidada adequadamente, é essencial que o enfermeiro capacite o cuidador dotando-o de conhecimentos e habilidades que lhe permita prestar cuidados de qualidade e com segurança à pessoa que cuida. Para que este processo de capacitação possa ser aperfeiçoado e se torne mais eficaz, é relevante conhecer a perspetiva dos enfermeiros relativamente a esta temática.

Baseado nestes factos partimos da seguinte questão de investigação: “Qual a perspetiva dos enfermeiros acerca das suas intervenções enquanto agentes de capacitação dos cuidadores de doentes vítimas de TCE internados no serviço de Neurocirurgia?”. Pretendemos realizar um estudo exploratório-descriptivo com abordagem qualitativa (Fortin, 2009) para saber qual a perceção dos enfermeiros acerca desta questão. A amostra é constituída por enfermeiros com experiência em doentes vítimas de TCE e a colheita de dados foi efetuada através de entrevista semiestruturada. Assim, definimos os seguintes objetivos:

- Explorar quais as intervenções dos enfermeiros promotoras da capacitação dos cuidadores de doentes vítimas de TCE internados no serviço de Neurocirurgia;
- Descrever quais são as intervenções dos enfermeiros promotoras da capacitação aos cuidadores de doentes vítimas de TCE, internados no serviço de Neurocirurgia;
- Explorar as dificuldades dos enfermeiros e os agentes facilitadores das intervenções de enfermagem realizadas aos cuidadores para a promoção da sua capacitação;
- Descrever quais são as dificuldades dos enfermeiros e os agentes facilitadores das intervenções de enfermagem realizadas aos cuidadores para a promoção da sua capacitação;

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos. No primeiro capítulo temos a presente introdução, onde se explicita brevemente a problemática, caracteriza-se o tipo de estudo e se definem os principais objetivos, fazendo-se, ainda, uma alusão à metodologia e à estrutura do trabalho. No segundo capítulo apresenta-se o enquadramento teórico e conceptual, abordando a pessoa com Traumatismo Crânio Encefálico, sua fisiopatologia, classificação e epidemiologia; expomos de seguida o cuidador informal, a Teoria de Meleis e a Teoria de Orem; e por último, apresentamos a Enfermagem como elemento chave na capacitação do cuidador onde se inclui os resultados da Revisão da Literatura realizada sobre o tema em estudo. O enquadramento metodológico está na origem do terceiro capítulo onde se explicita a abordagem utilizada, o tipo de estudo, a questão de investigação e os objetivos do estudo, a

população e amostra, a descrição e justificação do instrumento de recolha de dados, a metodologia de análise dos mesmos e as considerações éticas.

O quarto capítulo reporta os resultados, mais especificamente, procede-se à caracterização dos participantes, à apresentação das categorias e unidades de registo e por fim à análise, interpretação e discussão simultânea dos dados recolhidos. No quinto capítulo são apresentadas as conclusões do estudo. Finalmente, o sexto capítulo corresponde às referências bibliográficas. Do trabalho constam ainda os anexos.

2.TCE: EVENTO GERADOR DE DEPENDÊNCIA

Neste capítulo procederemos ao enquadramento teórico das temáticas implícitas ao tema estudado, onde descreveremos a fisiopatologia e a classificação do TCE, a prevalência e a incidência na Europa e em Portugal, bem como, as taxas de mortalidade e de morbilidade e as suas principais repercussões a longo prazo. Abordaremos a importância do cuidador informal, a Teoria de Meleis (Teoria Das Transições) e a Teoria do Autocuidado de Orem. Por fim, apresentaremos as competências dos enfermeiros, especificamente dos enfermeiros especialistas e a sua relevância no processo de capacitação.

2.1 A PESSOA COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO: FISIOPATOLOGIA, CLASSIFICAÇÃO, EPIDIMIOLOGIA

O TCE pode ser definido como um dano causado ao cérebro por um mecanismo de força externa, que possivelmente leva a uma incapacidade funcional permanente ou temporária a nível cognitivo, físico e psicológico, em associação com uma diminuição ou alteração da consciência (Broodryk & Pretorius, 2015).

A lesão decorrente do TCE pode ser primária ou secundária e ocorre na sequência de toda e qualquer agressão ao cérebro resultante do impacto entre uma força externa (aceleração/desaceleração ou perfurante) e o crânio. Desse impacto pode resultar uma lesão do encéfalo, das estruturas de suporte, dos vasos sanguíneos e do crânio, em qualquer combinação (Swearingen & Keen, 2001). As forças mecânicas aplicadas no momento do impacto causam distorção, cisalhamento e destruição dos tecidos cerebrais, resultando na lesão primária. Este tipo de lesão inclui as lesões difusas associadas à energia cinética do acidente e que acometem o cérebro como um todo e, as lesões focais, associadas a forças de contacto direto e compostas por hematomas intra ou extra - cerebrais (Andrade, Paiva, Amorim, Figueiredo & Neto, 2009).

A lesão secundária surge nas primeiras horas após o insulto primário e caracteriza-se por alterações intra e extracelulares determinantes do edema cerebral pós-traumático e consequente aumento da pressão intra - craniana (Oliveira, Lavrador, Santos & Antunes, 2012). Segundo a American Association

of Critical Care Nurses-AACN, (2006) a lesão secundária está relacionada com as complicações resultantes de alterações fisiopatológicas e disfunção cerebral. As causas apontadas para a lesão cerebral secundária são a hipoxemia, hipotensão, aumento da pressão intra-craniana (PIC), infecção e desequilíbrio hidro-electrolítico.

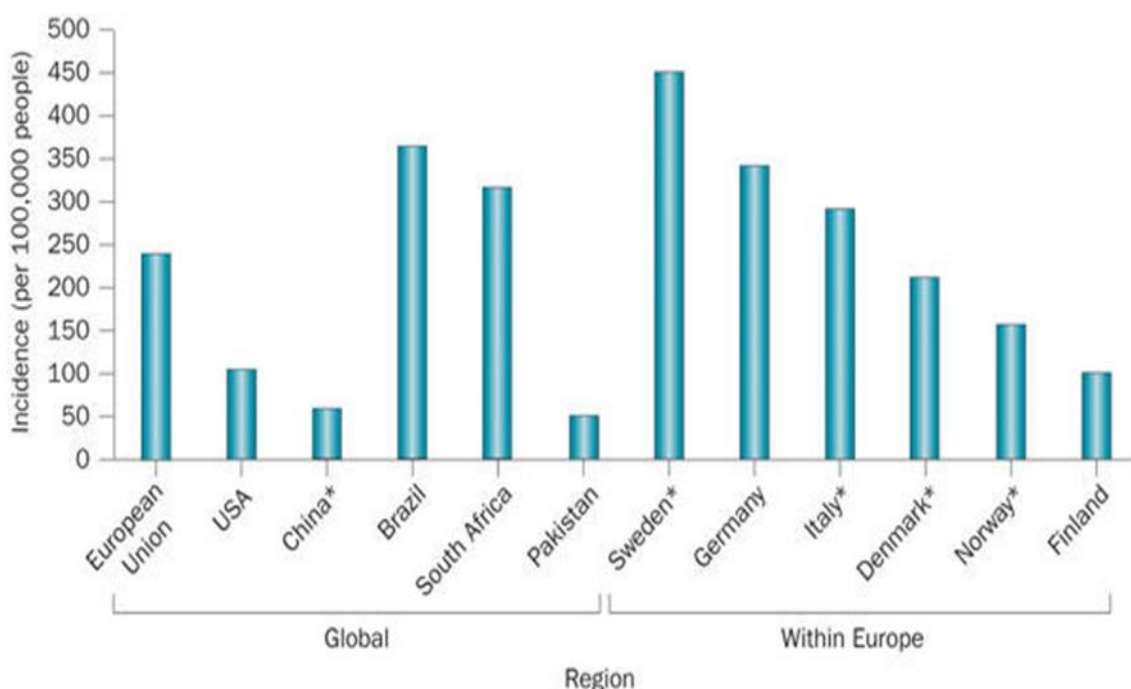
Para a classificação do TCE a Escala mais mundialmente utilizada para avaliar o estado de consciência dos doentes com TCE é a Escala de Coma de Glasgow (ECG), esta foi publicada pela primeira vez em 1974 na Universidade de Glasgow, Escócia por Teasdale Jennet e é constituída por três parâmetros: resposta ocular, resposta verbal e resposta motora. A avaliação de ECG faz-se somando a melhor resposta do doente em cada parâmetro variando este score entre 3 e 15 (Oliveira et al., 2012).

Mediante esta escala podemos classificar os TCE em ligeiro, moderado e grave. Assim, um score na ECG abaixo ou igual a 8 representa um TCE grave, um score entre 9 e 12 indica um TCE moderado e um score entre 13 e 15 indica um TCE ligeiro (Broodryk & Pretorius, 2015). A utilização da ECG requer conhecimento prévio e uma aplicação criteriosa e sistematizada. Esta é fundamental para a avaliação e a instituição de medidas à pessoa vítima de TCE de modo a garantir a fidedignidade do resultado, sendo algo imprescindível para o acompanhamento da evolução destes doentes (Oliveira, Pereira & Freitas, 2014).

Todo o TCE pode acarretar para a pessoa algum grau de dependência, esta situação pode ser avaliada por meio da Escala de Resultados de Glasgow (ERG). Essa escala criada por Jennett e Bond em 1975, permite classificar as vítimas de TCE, segundo a sua capacidade funcional. A versão original estabelece cinco categorias: morte, estado vegetativo persistente (não obedece aos comandos simples nem pronuncia qualquer palavra), incapacidade grave (consciente, mas dependente), incapacidade moderada (independente, mas incapaz) e boa recuperação (retomam a vida normal, embora possam persistir leves deficiências físicas ou mentais).

Os traumatismos crânio-encefálicos (TCE) constituem um problema de saúde pública com elevado impacto económico (Oliveira et al., 2012). Apesar de ter ocorrido um decréscimo na última década quer no número quer na gravidade dos TCE nos países desenvolvidos devido sobretudo ao aumento da segurança rodoviária e ocupacional, estes mantêm-se como a principal causa de mortalidade e morbilidade entre os adultos jovens (Winn, Bullock, Hovda, Schouten & Maas, 2011). Prevê-se que em 2020, o trauma seja uma das principais causas de morte, sendo por isso considerado por Douglas Miller (cit. por Oliveira et al., 2012) “uma epidemia silenciosa”.

Segundo Oliveira et al. (2012) é difícil apurar a incidência real dos TCE por várias razões: subdiagnóstico, ausência de procura de cuidados médicos em situações de TCE ligeiro e a falta de sistemas de monitorização e registo em muitas unidades de saúde. Contudo, alguns dados têm sido relatados, nos Estados Unidos da América e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2010) estima a ocorrência de TCE em 1,7 milhões de pessoas anualmente, sendo que 403 em 100000 pessoas dão entrada no serviço de urgência e 85 em 100000 são internados. Na União Europeia, estima-se uma taxa de incidência de hospitalizações por TCE de 235 por 100000 habitantes (Maas, Stocchetti & Bullock, 2008). No gráfico 1 pode-se verificar a estimativa global da taxa de incidência de TCE (Roozenberg, Maas & Menon, 2013).



Gráficos 1 - Estimativa Global de Taxa de Incidência de TCE

Em Portugal, Santos, Sousa e Castro-Caldas (2003) afirmam que em 1996 e 1997 a taxa de incidência seria de aproximadamente 137/100000 habitantes. De acordo com Cunha et al. (2012), em 2003 a taxa de incidência de TCE seria de 87/100000 habitantes e em 2010, cerca de 57/100000. A análise de dados fornecidos pela Divisão de Epidemiologia da Direção Geral de Saúde revela uma tendência decrescente na incidência anual do TCE, mas demonstra que os números continuam a rondar os 3 mil casos/ano. Em Portugal há 15 novos casos de TCE a cada dia que passa, sendo os dados mais recentes da Direção Geral de Saúde. Com base nesta análise, estima-se que nos últimos 25 anos, mais de 275.000 pessoas tenham sofrido um TCE grave em Portugal e vivam com sequelas dos mesmos.

Apesar das divergências existentes quanto à taxa de incidência dos TCE, existe uma convergência dos estudos no que diz respeito aos grupos etários e género com maior incidência, e às principais causas. Relativamente ao género, a taxa de incidência de TCE nos homens é maior do que nas mulheres. Já os grupos etários que se destacam são os jovens-adultos e os idosos, cujas principais causas são os acidentes automobilísticos e as quedas, respetivamente (Cunha et al., 2012).

Quando falamos em TCE inevitavelmente temos que abordar as taxas de mortalidade e morbilidade. No que respeita à taxa de mortalidade, esta varia globalmente entre os 15 e os 24.6/100000. Em Portugal, em 1997, era de 17/100000 com valores mais elevados entre os 20 e 29 anos e acima dos 80 anos (Oliveira et al., 2012).

No que diz respeito à morbilidade dos sobreviventes, estudos apontam que um terço dos indivíduos que são hospitalizados por TCE ficaram com algum tipo de incapacidade e que 20% destes ficarão com incapacidades graves (Kraus & McArthur, 1996 cit. por Santos et al., 2003). Broodryk e Pretorius (2015) referem que os indivíduos que sofreram um TCE podem apresentar problemas físicos, psicológicos e comportamentais, que afetam a sua capacidade de funcionamento.

Embora a incidência ainda seja elevada, tem-se observado uma diminuição da mortalidade associada ao TCE com a melhoria da segurança rodoviária, sistemas de emergência médica e implementação de *guidelines* para o tratamento do doente com TCE. Efetivamente a mortalidade diminuiu, mas a morbilidade associada aos TCE persiste. Assim, as incapacidades resultantes do TCE podem ser divididas em três categorias: físicas, cognitivas e comportamentais/emocionais. As incapacidades físicas são diversas podendo ser visuais e motoras entre outras; as incapacidades cognitivas, frequentemente, incluem diminuição da memória e dificuldades de aprendizagem entre outras; e as comportamentais/emocionais são a perda de autoconfiança, comportamento infantil, motivação diminuída, e mais comumente, irritabilidade e agressão (Hora & Sousa, 2005).

Estas alterações neuropsicológicas pós-traumáticas constituem um dos principais fatores que determinam o futuro dessas pessoas, pois condiciona, de forma notável, tanto o grau de independência funcional alcançado e o retorno ao trabalho, como também, o estabelecimento de relações familiares e sociais satisfatórias (Tornés, Hernández, González & Báez, 2012).

Corroborando com essas observações, as pesquisas que descrevem as consequências negativas vivenciadas pelos cuidadores em decorrência do cuidado às pessoas vítimas de TCE mostram que suas causas são mais determinadas pelas mudanças comportamentais, emocionais, sociais e cognitivas

desenvolvidas pelas vítimas de TCE do que, pelas mudanças associadas à incapacidade física (Hora & Sousa, 2005).

Verifica-se que após 4 meses de lesão, 57% das pessoas vítimas de TCE apresentam alterações comportamentais/emocionais. Com o avançar do tempo, os valores aumentam atingindo 72% das pessoas passados 8 meses e 80% passados 12 meses. De uma forma mais pormenorizada, foi relatado que, após 12 meses, 71% das pessoas com TCE apresentam incapacidade de tolerar a frustração, a impulsividade, a irritação, a agressividade e têm dificuldade em controlar emoções, verificando-se também uma perda de capacidade de lidar com as pessoas. Um valor igualmente significativo diz respeito aos sinais de ansiedade e depressão, que atingem 76% dos TCE e que resultam das limitações ao nível da inserção na vida social e familiar (Associação Novamente, 2014).

De acordo com os resultados do estudo de Rassovsky et al., (2006), citado por Rocha (2012), as dificuldades comportamentais são significativamente preditivas da evolução funcional, mais do que a própria gravidade da lesão, já que as próprias expectativas e percepções das alterações têm um papel importante na evolução emocional e comportamental na pessoa depois de uma lesão cerebral.

Os estudos de Fleminger e Ponsford (2005) revelam que a maior necessidade de ajuda e apoio emocional à família diz respeito aos problemas comportamentais das vítimas de TCE. De acordo com Prigatano, Borgaro, Baker, e Wethe (2005), tal facto assenta na falta de consciência (insight) do indivíduo para as suas próprias alterações comportamentais. Quanto menos insight existir, mais problemas comportamentais se manifestarão e, consequentemente, maiores níveis de stress irão ser vividos pela família. A inexistência de consciência em relação às suas dificuldades é geralmente permanente e pode ser um enorme impedimento para a reabilitação (Flashman, Amador & McAllister, 2005).

2.2 O CUIDADO INFORMAL

A pessoa vítima de TCE apresenta alterações e limitações físicas, intelectuais ou psíquicas que comprometem a realização das suas atividades de vida diárias levando a dependência. O artigo 3 do capítulo I do Decreto-Lei nº 265/99 de 14 de julho (1999), define o estado de dependência, como aquele em que as pessoas

(...) que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se

atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana a realização dos serviços domésticos, locomoção e cuidados de higiene.

Esta dependência leva à necessidade do cuidar. Para Collière (1999, p. 235) cuidar é

(...) um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais.

Também Silva (2008, p. 23) considera que cuidar “(...) implica uma relação interpessoal, que inclui comportamentos e sentimentos, nomeadamente o assistir, o ajudar, o ouvir, o respeito, o estar ao serviço de, mostrar capacidade de empatia em relação às experiências e individualidade do cliente”. Ainda de acordo com Collière (2003, p.331), “cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida quotidiana”.

Quando falamos em cuidar temos que falar efetivamente de relação de ajuda entendida como uma forma de cuidar numa perspetiva de satisfazer as necessidades fundamentais dos doentes. O estabelecimento de uma relação de ajuda entre enfermeiro e doente/família/cuidador é fundamental. Esta compreende uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento de apoio. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor, e abrir-se à mudança e à evolução pessoal de forma a tornar-se mais autónoma (Phaneuf, 2005).

Segundo Peplau (1990) citado por Lopes (2006) o papel relacional do enfermeiro consiste em ajudar a pessoa a recordar e compreender totalmente o que lhe está a acontecer, de modo que a experiência possa ser integrada no contexto da sua experiência de vida. Assim, o enfermeiro deve desenvolver relações interpessoais, individuais e devidamente estruturadas através de um processo faseado que compreende orientação, identificação, exploração e resolução, durante o qual se tentará ajudar a pessoa a: observar, descrever e analisar o seu comportamento; formular as ligações resultantes dessa análise; validá-las com os outros; testar novos comportamentos; integrar estas aprendizagens num comportamento novo e mais satisfatório e usar esses novos comportamentos em diferentes situações.

Assim, cuidador/enfermeiro/doente deve apresentar uma partilha de atitudes, nomeadamente a compreensão empática e o olhar incondicionalmente positivo, esta última imprescindível para o desenvolvimento pessoal de cada um (Rogers, 2000). Ser empático consiste em apercebermos com precisão do quadro de referências internas do outro, na capacidade e disponibilidade para sentir a

angústia, o medo, a alegria como se tratasse dos nossos próprios sentimentos, sendo percebida pelo doente como a sua imagem refletida num espelho (reformulação do sentimento).

As respostas empáticas possibilitam ao indivíduo doente uma maior aceitação de si próprio e deste modo, lidar melhor com a situação, criar uma nova autoimagem, gerar decisões que o orientem para novos objetivos, libertar-se de sentimentos perturbadores e adquirir mais tranquilidade (Rogers, 2000). Esta relação deve assentar em princípios de verdade, de igualdade e reciprocidade, de modo a favorecer a partilha de decisões e a autonomia do doente /cuidador.

Associado ao cuidar surge a família, Hanson (2005) analisando as funções desempenhadas pela família, considera que o conceito, a estrutura e a hierarquia das funções têm evoluído ao longo do tempo. O conceito de cuidado evoluiu na sua definição desde “cuidar”, “prestar cuidados” ou “tomar conta”, tendo estes termos sido utilizados indistintamente para designar uma das funções básicas da família que é a de assumir a responsabilidade pela saúde dos seus membros, sendo esta uma tarefa fundamental.

Na perspetiva de Lage (2007), o envelhecimento das populações registado nas últimas quatro décadas deu origem a um colapso nos sistemas de saúde e de proteção social, concorrendo para a (re) descoberta do papel central e a responsabilidade que as famílias ocupam na prestação de cuidados aos seus membros em situação de dependência. A instituição família (re) conquistou o lugar onde a autonomia, a dignidade, a individualidade e a intimidade que caracteriza o cuidado são preservadas, passando também a ser percebida, como a alternativa e a resposta social e de saúde menos custosa.

À luz das modificações que têm ocorrido na sociedade, a família também tem sofrido alterações de estrutura e de organização. Apesar disso, esta permanece como um espaço emocional e afetivo único (Figueiredo, 2007). É na família que nascemos, crescemos, nos socializamos e onde procuramos ajuda para as situações mais intrincadas que nos acontecem no quotidiano, durante o ciclo de vida (Marques, 2007).

Durante o ciclo de vida de uma família estão inerentes mudanças e transições, que mesmo consensualmente reconhecidas como fazendo parte do seu ciclo de vida, tais como casamento, nascimento de um filho, entre outras, são geradoras de algum stresse e fazem-se acompanhar por vezes, de alguma desordem e risco para a família (Martins, 2002). Paralelamente à doença e de forma natural surge o cuidar, o qual foi sempre um dever e uma necessidade da família, fazendo parte das suas obrigações (Greenberger & Litwin, 2003).

Embora já existam recursos na comunidade para cuidar de doentes dependentes, estes são ainda escassos e muito dispendiosos. Nestas situações emerge a intervenção da família, surgindo assim o familiar cuidador mais vulgarmente chamado de cuidador informal para dar resposta às necessidades do familiar dependente. Fazendo referência à contextualização teórica de Braithwaite, mencionado por Santos, 2005 (p.39), este define familiar cuidador como sendo “(...) a pessoa ligada por um grau de parentesco (...), não remunerada, que assuma o papel principal na assistência e prestação de cuidados e que tenha contacto com o utente alvo de cuidados nas últimas quatro semanas”. Para Júnior et al. (2011), o cuidador informal é um membro da família ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado a pessoas dependentes, de acordo com as suas necessidades. Para Alves e Teixeira (2017), o cuidador informal principal é uma pessoa significativa, da rede social do próprio, não remunerada, que presta assistência e/ou cuidados à pessoa dependente (Alves & Teixeira, 2017). Santos (2005, p.26) define cuidado informal como “(...) todo aquele cuidado que não é remunerado, prestado de forma parcial ou integral, à pessoa com doença crónica incapacitante e dependente por pessoas pertencentes à rede familiar”. Deste modo, o cuidado informal caracteriza-se por ser não remunerado e pode ser prestado por familiares ou outras pessoas próximas que não pertençam à rede familiar. É um ato voluntário, o qual deve ser incentivado.

Quando o vínculo é filial o compromisso de interajuda é mais vulnerável, a eleição da(o) filha(o) cuidador mostra não ser aleatório e por norma recai na filha mais velha ou no elemento solteiro (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006). Existem outros fatores decisivos na hora de eleger o cuidador tais como: componente afetiva que une os membros da família, possibilidade de expressarem reconhecimento à pessoa doente, sentimentos de obrigação, resignação, impossibilidade de escolha, inexperiência e relacionamento pré-existente (Cattani & Girardon-Perlini, 2004).

Cuidar de outra pessoa e assumir essa responsabilidade deve ser algo natural, próprio das relações humanas e afetivas, devendo existir liberdade de como cuidar e que cuidados prestar. As contingências da vida, a severidade da condição e, ou, a falta de recursos económicos e de respostas sociais e de saúde adequadas podem conduzir os cuidadores informais para uma situação de inevitabilidade ou obrigação percebida em assumir este papel. Qualquer pessoa tem o direito de decidir se quer cuidar e como cuidar, no entanto, pelo direito à vida condigna deve cuidar adequadamente, colmatando todas as necessidades da pessoa que cuida (Alves & Teixeira, 2017).

Laham (2003) menciona que embora a maioria dos cuidadores não se prepararam para serem cuidadores, está descrito um perfil de familiar cuidador. Assim, tem normalmente uma relação

matrimonial ou filial com a pessoa alvo dos cuidados e os cônjuges assumem-no naturalmente, pois, subjacente à relação há um compromisso de interajuda.

As mulheres, sobretudo, desempenham atualmente um papel muito importante ao cuidar de familiares e vizinhos, o que as limita profissionalmente e as impede de desempenharem outros papéis na sociedade. De acordo com o relatório *Caring and Post Caring in Europe* (European Commission, 2010) estima-se que 9,6 milhões de famílias proporcionam 35h ou mais/semanais de cuidados, verificando-se que em determinados estados membros europeus, o valor estimado do custo da prestação de cuidados informais ultrapasse o conjunto de todas as despesas para com os cuidados formais.

Estima-se que o valor da prestação destes apoios se fosse convertido em dinheiro atingiria ou excederia os 7,5 milhares de milhões de euros da despesa pública anual do SNS. Este valor elevadíssimo mostra a importância dos cuidados informais como complemento do sistema público de saúde, e a forma como pode ser aliviada a pressão sobre ele. Se estes sistemas informais deixarem de funcionar, a sobrecarga abater-se-á sobre o sistema de saúde e de prestação de apoio público (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Neste sentido, devem ser mobilizadas medidas para enfrentar as diferentes necessidades dos cuidadores informais, tendo em consideração o grau de dependência da pessoa a necessitar de cuidados, as competências do cuidador, a situação clínica, a natureza e a dimensão dos cuidados a prestar. Intervir precocemente na capacitação dos cuidadores pode representar quer benefícios para os cuidadores e pessoas cuidadas, quer para os sistemas sociais e de saúde ao nível da redução de custos. A ausência de apoio e suporte torna os cuidadores mais vulneráveis com múltiplos efeitos nefastos individuais, familiares, organizacionais, comunitários, sociais e económicos.

A nível físico e psicológico, os cuidadores informais experienciam mais stress, depressão, ansiedade e, problemas de saúde físicos quando comparados com os não cuidadores da mesma idade (Davis, Gillis, Deshefy-Longhi, Chestnutt, & Molloy, 2011). Piyaogong (2014) considera que os cuidadores enfrentam um desafio ao enfrentar a incerteza relativamente à doença do ente querido, bem como ao lidar com o sofrimento pessoal.

A este propósito Shaffer RiKlin, Jacobs, Rosand e Vranceanu (2016) admitem através dos estudos efetuados que existe uma correlação entre os fatores de resiliência dos pacientes e dos seus cuidadores, aliás referem que ambos apresentam altos níveis de ansiedade e angústia, alertando para a necessidade de atender a saúde mental de ambos.

Para a Life After Care Project (2010), os cuidadores apresentam não só uma pior saúde como enfrentam custos significativos tais como: perda de rendimentos e de tempo para lazer e rutura de relações. A nível social os cuidadores informais em sequência do seu novo papel podem experienciar pobreza, isolamento, limitação da sua participação social e em atividades de lazer (Lamura, et al., 2007). No estudo realizado por Frazeti e Gutierrez (2011, p. 3245) estes relatam que os cuidadores “(...) revelaram que as dificuldades existentes diante do processo de cuidar compreendem: ausência de conhecimento técnico, alterações emocionais, desgaste físico e dificuldades financeiras”.

A sobrecarga dos cuidadores de pessoas vítimas de TCE aumenta com o passar do tempo muito devido a sentimentos de solidão, consequentemente, a qualidade de vida dos cuidadores diminui ao longo do tempo estando estes dois fatores interligados (Friborg, Roe, Braine, Damsgard & Anke, 2017; Mar, et al. 2011). Como podemos constatar os cuidadores das pessoas vítimas de TCE vivem uma complexa experiência que afeta positiva e negativamente os seus domínios de saúde social (44%), saúde emocional (40%) e física (12%). Em termos sociais apontam como principais problemas os financeiros bem como a alteração do seu sistema social e familiar. No que diz respeito à saúde emocional apontam a sobrecarga do cuidador, sentimentos de perda, depressão, ansiedade e hipervigilância (Carlozzi et al, 2015).

Os mesmos autores salientam a importância de criar políticas de apoio a estes cuidadores de forma a assegurar suporte profissional para aliviar a sobrecarga de trabalho e a diminuir a solidão e o isolamento social (Friborg et al., 2017). Liu, Zhu, Liu e Guo, (2015), alertam ainda que, dependendo da gravidade do TCE maiores são as necessidades de informação, acessibilidade e reafirmação sendo estes factos essenciais para diminuir a pressão psicológica destes cuidadores. O bem-estar do cuidador afeta tanto a sua capacidade como a vontade de cuidar, assim, cuidadores saudáveis podem transmitir efeitos protectivos na saúde do receptor do cuidado (Dillahun-Aspillaga et al., 2013).

Ser cuidador exige lidar frequentemente com um conjunto de tensões, esforços que podem comprometer o seu bem-estar e a qualidade de vida. A mitigação dos efeitos negativos a nível laboral e da sua saúde mental exige uma intervenção política integrada que inclui a adoção de medidas de compensação como por exemplo, benefícios fiscais. Os critérios de elegibilidade a estes benefícios num estado de direito emergem como um dos desafios sociais e políticos, e, envolvem um nível de complexidade elevado, tendo em consideração a singularidade de cada contexto de cuidados e dos níveis de dependência associados. A valorização do cuidador informal na sociedade expressa uma

necessidade crescente a nível nacional e acompanha as tendências internacionais que contextualizam essa valorização com recurso a medidas políticas mais protetoras e de reconhecimento crescentes.

No caso de Portugal, o Programa do XXI Governo Constitucional prevê, na sua página noventa e oito, a “Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência”, designadamente o “Reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes nos seus domicílios”. Essa mesma matéria foi, como já referido, objeto de recomendações ao Governo aprovadas em 2016 na Assembleia da República. Contudo, até ao momento não houve ainda nenhuma iniciativa legislativa com vista a concretizar este objetivo.

O Estatuto do Cuidador está atualmente a ser alvo de análise por parte do governo. Neste contexto pretende-se, segundo Roseira (2018, s/pagina) que: “A lei deve promover o reconhecimento do importante papel do cuidador informal, a sua responsabilização e capacitação para a prestação, com qualidade e segurança, dos cuidados básicos regulares e não especializados que realizam”.

Este estatuto salienta a importância do cuidador informal poder conciliar a atividade profissional com a vida familiar através de licenças e flexibilidade nos horários de trabalho, de benefícios/incentivos fiscais, de capacitação do cuidador informal, de facilitação do acesso do cuidador informal aos benefícios e apoios sociais e da saúde, nomeadamente, no apoio para descanso do cuidador e aconselhamento, garantindo ao cuidador que não se encontra sozinho neste processo, minimizando os aspectos negativos e potencializando os positivos de forma a promover o ato de cuidar (Alves & Teixeira, 2017).

2.2.1 Teoria das Transições de Meleis

O cuidador informal, designadamente a família, é o recurso de saúde e de apoio mais imediato dos doentes vítimas de TCE (Nogueira, Azeredo & Santos, 2012). Os familiares frequentemente assumem o papel de cuidadores resultando numa interrupção da vida social, vocacional, das atividades recreativas e uma mudança dramática nas rotinas diárias. (Liu, Zhu, Liu & Guo, 2015). Muitos tornam-se cuidadores, na maioria das vezes sem uma preparação prévia e sem que se tenham disponibilizado para tal, assumem esse papel por sentirem obrigatoriedade moral e social, como refere Pimenta, Costa, Gonçalves e Alvarez (2009, p.610) “muitos percebem o cuidado como algo que os dignifica como pessoa, ao cumprirem um dever moral e religioso”.

Deste modo, a passagem dos membros das famílias para o exercício do papel de cuidadores é um fenómeno que tem nutrido um particular e crescente interesse visto muitas vezes ser uma tarefa nova que perturba a dinâmica familiar. Assim, é fundamental o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações nomeadamente, no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar (Decreto de lei nº101/2006).

Assumir cuidar de alguém provoca alterações no dia-a-dia do cuidador e da família. Quando o cuidador não está preparado, não tem conhecimentos específicos, não tem disponibilidade ou está sobrecarregado com outras tarefas que tem que executar diariamente, a prestação de cuidados no domicílio fica comprometida (Montezuma, Freitas & Monteiro, 2009). Isto acarreta insegurança, medo e stress ao cuidador. O facto do cuidador não saber como se faz, não se sentir preparado para fazer ou não ter condições para prestar melhores cuidados, vai condicionar muitas vezes um estado de ansiedade, insegurança e exaustão do cuidador que se sente incapaz de cuidar adequadamente da pessoa/familiar a seu cargo e também este precisa de ser cuidado. Zarit (cit. por Marques, Teixeira & Sousa, 2012) refere que os cuidadores sem formação adequada têm maior risco de sobrecarga física, emocional, social e financeira ou seja, um “cuidador informado e apoiado demonstra menos ansiedade e medo, e manifesta maior capacidade e disponibilidade para cuidar do seu familiar” (Fernandes, 2009, p.51).

Há, pois, necessidade de avaliar de forma preventiva e antecipatória as competências/aptidões cognitivas, psicomotoras e relacionais de quem cuida, bem como as suas necessidades, de forma a assegurar que o cuidador presta cuidados com qualidade e que visam a manutenção da saúde e do bem-estar do doente, sendo fundamental nesta etapa de transição o trabalho dos enfermeiros, como corrobora a teoria de Meleis (2010).

Devemos salientar que apesar da vontade inequívoca que muitas famílias demonstram em cuidar dos seus familiares, a mudança e sobreposição de papéis, sobretudo vividos por mulheres, representam desafios atuais às famílias para assegurar a crescente complexidade e continuidade dos cuidados (Fernández-Ballesteros & Caprara, 2003; Lage, 2007). Aos enfermeiros cabe responsabilidade de apoiarem o doente/família/cuidador na sua nova condição de saúde e serem facilitadores de transições saudáveis nas quais a saúde e o bem-estar percebido são o resultado (Meleis, 2010).

Neste sentido, deve ser salientada a premissa de Meleis e Trangenstein (2010, p. 66), de que “a transição é um conceito central para a Enfermagem”, porque o seu objeto é o cliente que se encontra

a experienciar um processo de transição, a antecipá-lo ou mesmo a completá-lo e por isso a transição constitui-se como um fenómeno de interesse para os enfermeiros, quando as respostas a este processo são manifestadas através dos comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2013).

Tal como concetualizada por Meleis (2010) uma transição é uma passagem de uma fase da vida para outra, de uma condição ou de um status a outro, constituindo um conceito múltiplo que integra elementos de processo, intervalos de tempo, e percepção.

A teoria das transições de Meleis (2010) postula que ajudar as pessoas a gerir as transições de vida é uma função chave da enfermagem. O conceito de transição é um conceito particularmente relevante para a enfermagem já que, ao consistir na facilitação dos processos de transição, a enfermagem centra-se no processo e nas experiências do ser humano, nos quais a saúde e o bem-estar são o resultado (Meleis, 2010; Meleis, Sawyer & Shumacher, 2000). A Teoria de Médio Alcance desenvolvida por Meleis e seus colaboradores (2007, 2010) engloba as dimensões que a seguir se descrevem: Tipos e padrões de transições; Propriedades das experiências de transições; Condições da transição facilitadoras e inibidoras; Indicadores de processo; Indicadores de resultado e as Terapêuticas de enfermagem.

Os diferentes tipos de transição com que os enfermeiros trabalham podem ser designados de: (1) desenvolvimento, quando relacionadas com as diferentes fases do ciclo de vida, e, em particular, na etapa da velhice, destaca-se a transição decorrente da dependência; (2) saúde-doença, em particular, nas situações em que envolve uma doença ou evento crítico gerador de dependência, enquadrando-se nesta as pessoas vítimas de TCE; 3) situacionais, momento em que se destaca a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados, que decorre das mudanças de papéis ou de comportamentos e também de capacidades que os cuidadores informais possam desenvolver; e 4) organizacionais, como, por exemplo, a mudança profissional.

Nesta teoria, os autores referem que as transições apresentam diferentes/vários padrões, ou seja, podem ser caracterizadas como únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas e relacionadas (ou não). A Figura 1- representa a Teoria das Transições de Meleis (2010).

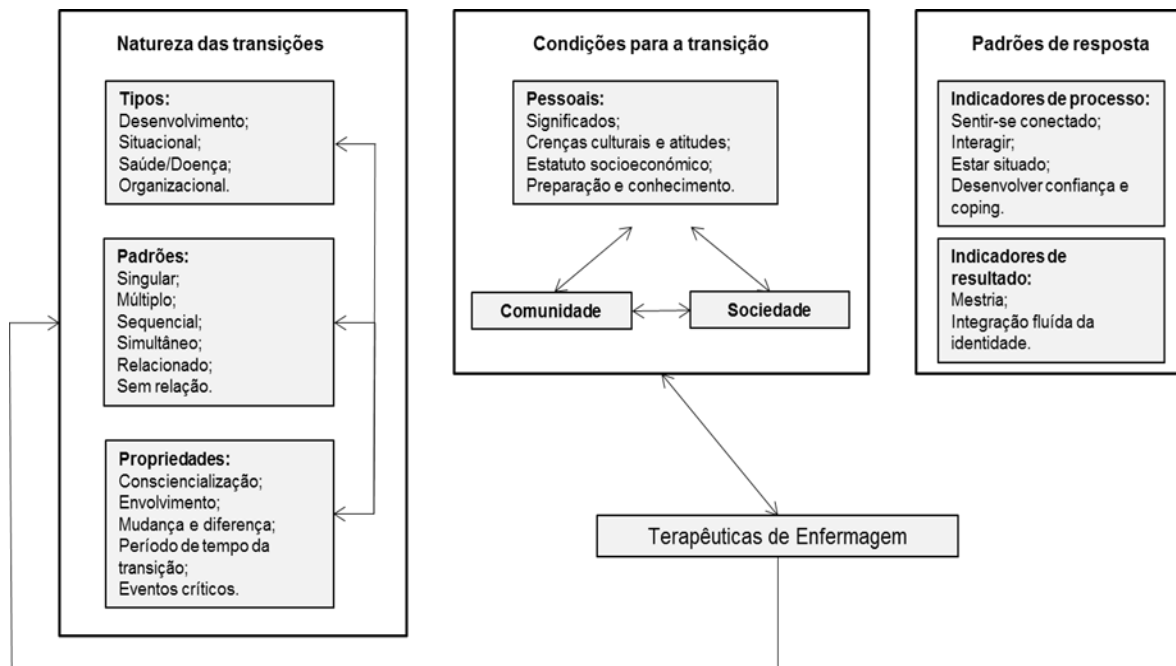


Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis

Chick e Meleis (1986) referindo-se às experiências de transição em geral, consideram que, apesar de se identificar um conjunto de diferentes tipos de transições, é visível a existência de alguns aspetos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências, os quais se denominam por propriedades das transições. Meleis et al. (2010) definiram as seguintes propriedades para as experiências de transição: conhecimento / consciência, ajustamento / compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e período de experiência.

Relativamente à primeira propriedade – o conhecimento – encontra-se relacionada com a consciencialização do cliente / indivíduo sobre a experiência que se encontra a vivenciar. Neste âmbito, é então esperado que o cliente / indivíduo apresente ou desenvolva conhecimento sobre as alterações que ocorrem e que está a viver. No que concerne ao ajustamento, Meleis et al. (2010) referem que se reporta ao grau de envolvimento dos clientes / indivíduos nos processos inerentes à transição, sendo este grau influenciado pelo conhecimento que se detém sobre o seu processo de transição. A terceira propriedade – mudança e diferença – salienta a distinção entre os conceitos de transição e mudança, já que uma transição envolve sempre uma mudança, enquanto o inverso não se verifica. A quarta propriedade deve-se ao facto de as mudanças experienciadas serem desencadeadas por eventos e acontecimentos críticos, porque a maioria das transições encontram-se relacionadas com acontecimentos marcantes na vida das pessoas, estando estes, na maioria das vezes, associados a uma consciencialização das mudanças e diferenças ou, por outro lado, a um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência de transição (Meleis et al., 2010). Por último, Meleis et al.

(2010) apontam como última propriedade o período de experiência, que é caracterizado por movimentações e fluxos ao longo do tempo que devem ser acompanhados pelos enfermeiros, no sentido de se obterem ganhos para a saúde.

Para aprofundarmos a compreensão acerca de todo o processo das transições é, ainda, indispensável identificar quais os fatores que irão influenciar o decurso de uma dada experiência. Estes foram definidos de condições facilitadoras e inibidoras e dividem-se principalmente em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais. Relativamente às pessoais temos: (i) significados; (ii) crenças culturais/attitudes; (iii) situação socioeconómica; (iv) nível de preparação e de conhecimento.

As condições comunitárias assumem os recursos que uma comunidade garante para facilitar (suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas, os modelos de papéis e as respostas a dúvidas) ou inibir (insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação das sessões de educação para a saúde, suporte inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros) o decorrer das transições (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010).

No que diz respeito às condições sociais a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos, assumem-se como os principais condicionantes inibidores no contexto social (Meleis et al. 2010). O conhecimento do ambiente social no qual o cliente está inserido é por isso absolutamente importante para os enfermeiros, pois permite-lhes desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade (Schumacher & Meleis, 2010).

Todavia, para compreender todo o processo de transição e valorar a experiência vivida pelo cliente / indivíduo, é ainda necessário atender à existência de alguns padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos de indicadores – processuais e de resultado – e que auxiliam a avaliação dos enfermeiros (Meleis et al. 2010; Im, 2010).

Como disciplina e profissão, a Enfermagem dirige o foco de atenção para o modo como os indivíduos lidam com as transições, permitindo estabelecer um determinado padrão de resposta face a este processo. Estes padrões de resposta podem ser avaliados através de indicadores de processo: (i) sentir-se conectado; (ii) interagir; (iii) estar situado; (iv) desenvolver confiança e *coping*, e de indicadores de resultado: (i) mestria; (ii) integração fluida da nova identidade.

O primeiro padrão de resposta sentir-se conectado - compreende a necessidade que os indivíduos sentem em “ligar-se” a outros, independentemente das relações serem mais ou menos recentes. O padrão de resposta interagir - revela a necessidade e a reorganização das situações determinantes no equilíbrio estabelecido entre a ajuda disponibilizada e a ajuda fornecida. O terceiro padrão de resposta - estar situado - corresponde ao processo de consciencialização e de aceitação da condição de saúde atual e real. Por fim, desenvolver confiança enquanto padrão de resposta diz respeito à confiança desenvolvida e necessária capaz de integrar a nova condição de saúde com base em decisões ajustadas à situação.

A teoria de Meleis (2010) faz referência, também, aos indicadores de resultado: a mestria e a integração fluida de uma nova identidade. Um indicador corresponde à diferença entre o resultado a atingir e a condição atual. De realçar que a partir dos indicadores são mensurados por um lado, a mestria avaliada através dos conhecimentos e habilidades adquiridos e, por outro, a interação e o ajustamento que acontecem entre a pessoa, o contexto e a integração de novos papéis.

A mestria, definida por Meleis (2007) nos seus trabalhos iniciais, encontra-se relacionada com a implementação/suplementação do papel e a avaliação dos resultados em saúde. Atualmente associada ao desempenho do papel refere a informação específica e necessária para o desempenhar, ou seja, o conhecimento requerido no sentido da implementação dos comportamentos para providenciar os cuidados requeridos e que são exigidos pela adoção do papel.

Os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos clientes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas (Meleis et al, 2010). Assim é fácil compreender porque se conceptualiza que o processo de transição se constitui um marcante foco dos cuidados de enfermagem. Contudo, o conhecimento do modelo proposto por Meleis et al. (2010) deve ser considerado apenas como uma referência para a compreensão de todo o processo de transição.

As mudanças, por vezes complexas que se fazem sentir a nível individual ou familiar exigem dos enfermeiros uma nova postura face à nova conjuntura que se apresenta, desenvolvendo novas perspetivas no sentido de promover o bem-estar da pessoa/família. A Enfermagem deve facultar o conhecimento e desenvolver as capacidades adequadas a cada cliente, para que este encontre um sentido de mestria. Meleis et al. (2010, p. 63) considera que “Perceber as propriedades e as condições que estão intrínsecas ao processo de transição levará ao desenvolvimento das terapêuticas de

enfermagem que são congruentes com a experiência da pessoa e sua família assim promovendo uma resposta saudável na transição”. Também Zagonel, (1999, p. 27) refere que “Ao cuidado de enfermagem deve estar inerente uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando no cliente fatores que indicam a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direcção a uma transição saudável, emergindo assim, o cuidado transicional.”

A enfermagem enquanto ciência e disciplina deve ser sensível aos múltiplos focos de interesse e intervenção dentro do processo de transição. Este acompanhamento basear-se-á na facilitação das transições dos clientes, famílias e comunidades, devendo centrar a sua atenção no processo e nas experiências em transição, onde a saúde e o bem-estar são percebidos como resultados (Meleis & Trangenstein, 2010; Zagonel, 1999).

Weber, Lima, Acosta e Maques (2017), na revisão integrativa efetuada sobre os cuidados de enfermagem na transição para o domicílio evidenciam 5 áreas de intervenção dos enfermeiros: o planeamento de cuidados para a alta, o auxílio na reabilitação social, a educação em saúde, a articulação com os demais serviços e o acompanhamento pós-alta, constatando ainda a necessidade de melhor acompanhamento e coordenação dos cuidados com foco na transição hospital/domicílio. Assim, aos enfermeiros cabe a tarefa de facilitar esta “jornada individual”, dotando o cliente de mecanismos que permitam ultrapassá-la e capacitando-o para a tomada de decisão para o autocuidado, com reflexos de autoconfiança e autorrealização. Quando assistimos a uma estabilização na rotina das pessoas bem como das habilidades, estilo de vida e atividades de autocuidado podemos entender que a fase crítica está no final.

A mestria, definida por Meleis (2007) nos seus trabalhos iniciais, encontra-se relacionada com a implementação/suplementação do papel e a avaliação dos resultados em saúde. Atualmente associada ao desempenho do papel, refere a informação específica e necessária para o desempenhar, ou seja, o conhecimento requerido no sentido da implementação dos comportamentos para providenciar os cuidados requeridos e que são exigidos pela adoção do papel (Meleis cit. por Shumacher, 1995). Evidências de estudos desenvolvidos nesta área sugerem que a mestria resulta de um misto de capacidades prévias e de capacidades adquiridas durante a transição e que, ambas, se vão desenvolvendo ao longo deste processo. À medida que as pessoas vão adquirindo um novo sentido de equilíbrio, o seu estado de Mestria indicará o nível com que atingiram uma transição saudável. Não obstante, convém ter em mente o facto de que é improvável que a Mestria seja alcançada no início da transição (Meleis et al., 2000).

2.2.2 Teoria do Autocuidado de Orem

As situações de dependência surgem, surpreendendo o indivíduo e aqueles que lhe são mais próximos exigindo da enfermagem intervenções para promover a autonomia e apoiar aqueles que terão de assumir o papel de cuidadores. A enfermagem é uma profissão onde se privilegia a interação humana, que visa a prestação de cuidados à pessoa, sã ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais na qual está integrada, tendo em vista a promoção da saúde (Decreto de Lei nº123, 26 de Junho, 2015).

Os cuidadores informais são os que, muitas vezes, asseguram a continuidade dos cuidados. Porém, devido à complexidade destes cuidados, os cuidadores devem ser habilitados, pelo enfermeiro, com conhecimentos que promovam o autocuidado. A relação interpessoal enfermeiro-cuidador é indispensável para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, neste sentido, o enfermeiro desenvolve as suas intervenções, de modo autónomo, na base da educação, condução e orientação do processo de cuidar.

O termo autocuidado encontra-se na atualidade, inserido no discurso e nas práticas do enfermeiro e representa o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Segundo o International Council Of Nurses (2011, p. 41) o autocuidado é a “atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”.

O fenómeno do autocuidado transparece nas teorias de enfermagem, sendo mais enfatizado no pensamento teórico de Dorothea E. Orem através da Teoria Geral do Autocuidado. Segundo Orem (1995) o autocuidado pressupõe a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Aliás segundo esta autora o autocuidado é uma função auto - reguladora de um processo de desenvolvimento e aprendizagem, de forma a satisfazer as necessidades do indivíduo.

A estrutura do pensamento teórico de Orem (1995) apresenta três vertentes teóricas, relacionadas entre si, sendo elas: Teoria do Autocuidado - descreve e explica a necessidade do autocuidado na manutenção da saúde e bem-estar; Teoria do Défice do Autocuidado – que desenvolve a necessidade da assistência de enfermagem no autocuidado; Teoria dos Sistemas de Enfermagem – que explana o modo como a enfermagem promove a assistência aos indivíduos.

Assim, na Teoria do Autocuidado de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado. Relativamente, à teoria do Déficit no Autocuidado presume a limitação de ação, procurando estabelecer a relação entre as capacidades e o poder do indivíduo, de forma a satisfazer os requisitos de autocuidado (Orem, 2001). Quando as necessidades do indivíduo são superiores às suas capacidades instala-se o déficit de autocuidado, surgindo assim necessidade de introduzir medidas terapêuticas compensatórias das limitações do indivíduo, sendo fulcral o papel dos enfermeiros.

Desta forma, Orem (1991) identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; ensinar o outro. Mediante estas estratégias os enfermeiros podem proporcionar a assistência tendo em vista a recuperação do déficit de autocuidado do indivíduo, sendo fundamental estabelecer uma relação interpessoal com o mesmo e sua família.

Neste seguimento, surge então a Teoria Dos Sistemas de Enfermagem, em que os sistemas de enfermagem não são mais do que sistemas de intervenção concebidos e produzidos pelos enfermeiros, na prática clínica, que visam assistir o indivíduo, para que possa assumir o seu autocuidado mesmo em situação de dependência (George, 2000). Orem (1991) descreve três sistemas básicos de enfermagem: totalmente compensatório, no qual a ação é totalmente levada a cabo pelo enfermeiro, que concretiza o autocuidado do indivíduo; parcialmente compensatório, onde tanto o enfermeiro como o indivíduo executam algumas das ações de autocuidado e o enfermeiro assiste conforme necessário, compensando as limitações do dependente e, por último, o sistema de apoio – educação, em que o indivíduo executa o autocuidado e tanto o enfermeiro como o indivíduo regula o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado.

O modelo conceptual de Orem representa um quadro de referência para a prestação de cuidados de enfermagem visto que a promoção da independência/ autonomia tanto do indivíduo como do seu cuidador constitui um dos principais objetivos da prática de enfermagem. (Meleis, 2007)

2.3 CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR

Com Florence Nightingale, o cuidar, passa a ser assumido como a essência da Enfermagem e a base do seu ensino e da sua prática. Para Nightingale, o cuidar é ciência, é arte, estando aqui bem patente a

ténue linha entre a objetividade e a subjetividade do termo. É ciência, porque o cuidar em enfermagem implica um corpo de conhecimentos próprio, com competências e capacidades específicas, que permite a qualidade dos cuidados e o caminho para o fortalecimento da identidade da profissão (Polit, Beck & Hungler, 2004) e é arte, pela sensibilidade requerida e pela capacidade de usar a própria humanidade para assistir o outro, protegendo e ajudando pessoas a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor, bem como, na própria existência (Souza, Sartor, Padilha & Prado, 2005).

A evolução na prestação de cuidados, nomeadamente cuidados de enfermagem, tem evoluído no sentido duma mudança de paradigma, em que os cuidados deixam de estar centrados no profissional e nas equipas prestadoras para dar aos cidadãos e suas famílias o poder decisório face aos cuidados que necessitam. Desta forma a pessoa, a família e até a comunidade foram, de forma mais ou menos abrangente, integrados nos processos de decisão, o que compeliu o profissional a repensar o papel da pessoa/família no planeamento e efetivação dos cuidados.

Corroborando este facto surgiu a Conferência de Alma-Ata ocorrida em 1978 determinou que é um direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde. Em 1986, em Ottawa, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde determinou que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades.

A enfermagem é uma profissão onde se privilegia a interação humana, que visa prestação de cuidados à pessoa, sã ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais na qual está integrada, tendo em vista a promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim sendo, quando as situações de dependência surgem surpreendendo o indivíduo e aqueles que lhe são mais próximos, estas exigem da enfermagem intervenções que promovam a autonomia e capacitem aqueles que terão que assumir o papel de cuidadores.

Os cuidadores informais são os que, muitas vezes, asseguram a continuidade dos cuidados. Porém, devido à complexidade destes cuidados, os cuidadores devem ser habilitados, pelo enfermeiro, com conhecimentos que promovam o autocuidado. A relação interpessoal enfermeiro -cuidador é indispensável para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, assim o enfermeiro desenvolve as suas intervenções, de modo autónomo, na base da educação, condução e orientação do processo de cuidar.

Também Santos et al., (2015) consideram que os enfermeiros são agentes facilitadores do processo de transição de doentes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências do dia-a-dia. Assim, "...compete ao enfermeiro preparar e informar os clientes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição" (p.162).

Neste contexto, a enfermagem é a arte de cuidar, visa o cuidar do ser humano de forma individual, em família ou na comunidade, com o objetivo de promover a saúde e promover cuidados de saúde interprofissionais que proporcionem melhor qualidade de vida. Sendo o enfermeiro possuidor de um manancial de conhecimentos e competências:

(...) mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde (...) assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/ cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática". (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, 2011, p.15).

A enfermagem é ciência, disciplina e arte, pelo que o enfermeiro deve assumir um papel de "facilitador das transições", tendo em conta a especificidade de cada pessoa sendo a sua intervenção efetiva em todo o processo de reabilitação da pessoa e, capacitando o cuidador para a continuidade de cuidados informando, apoiando, educando e encorajando.

Esta é a responsabilidade de todos os enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas. Corroborando esta afirmação, a definição de enfermeiro especialista descrita no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) refere que:

(...) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade" (Ordem dos Enfermeiros, 1996, p. 3).

O enfermeiro tem:

(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de

competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros- Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011, p.2).

No caso concreto do enfermeiro especialista em enfermagem médico- cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica este:

(...) cuida da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à acção; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros- Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2010, p. 2).

Contudo o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica para além da vertente de atuação da pessoa em situação crítica, inserida neste mestrado, também tem uma intervenção especializada na pessoa com doença crónica, assim os enfermeiros:

(...)constituem um recurso essencial na identificação e intervenção em doentes/famílias/cuidador em situações de maior complexidade e como suporte da equipa através da consultadoria, objetivando: melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos doentes (...) promoção da aceitação do estado de saúde; promoção de ações de formação individual ou em grupo por forma a ampliar o nível de conhecimento e a capacitação dos utentes/famílias/cuidador acerca da gestão da doença; desenvolvimento de investigação e utilização de estratégias baseadas na evidência científica, para a capacitação da equipa, dos doentes, famílias e cuidadores.” (Ordem dos Enfermeiros, Parecer nº12, 2014).

O enfermeiro especialista é um parceiro nos cuidados como é mencionado no parecer da Ordem dos Enfermeiros (2014) e tem um papel essencial na:

(...) avaliação e intervenção a nível do impacto da doença no doente, família e cuidador, constitui-se como uma mais-valia nomeadamente no âmbito da relação terapêutica, na promoção de parcerias com doente / família / cuidadores e na negociação de objetivos e metas de cuidados. Efetivamente, o enfermeiro através de criação de um ambiente de confiança, solidariedade e capacitação coadjuva a intervenção da equipa na consecução dos cuidados apropriados. Também, a sua intervenção especializada ao nível da análise precoce dos riscos associados ao contexto e vivências dos doentes/família/cuidadores determina uma melhor aceitação do estado de saúde e previne situações de luto patológico.”(Ordem dos Enfermeiros, Parecer nº12, 2014, p.3).

A corroborar as intervenções dos enfermeiros especialistas surgem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem especializada. De salientar dos vários enunciados, a importância dada à promoção da saúde, bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados especializados como podemos analisar no Quadro 1.

Padrões de Qualidade	Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica
Promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - A promoção do potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; - O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica; - A avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica.
Bem-estar e Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro especialista; - A responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega; - A gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família; - A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica; - A utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna.
Readaptação funcional	<ul style="list-style-type: none"> - O planejamento da alta da pessoa em situação crítica internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; - O ensino, a instrução e o treino da pessoa em situação crítica sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional; - A divulgação dos recursos da comunidade para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica;
A organização dos cuidados Especializados	<ul style="list-style-type: none"> - A existência de um quadro de referências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica; - A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado; - A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica; - A satisfação dos enfermeiros especialistas relativamente à qualidade do exercício profissional; - A dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica; - A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada; - A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade; - A revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica; - A existência de um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas; - A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Decreto de Lei n° 123, (2015) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Assim, ao enfermeiro especialista é-lhe exigido um aprimorar de competências a nível da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, sendo estas competências a base da formação especializada em enfermagem.

A Promoção da Saúde é um conceito chave na atuação dos enfermeiros, este é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido

de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (Carta de Ottawa, 1986)

Deste modo, após uma situação crítica como é o caso das pessoas vítimas de TCE e os seus cuidadores, o enfermeiro deve promover o seu potencial de saúde através do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa e a avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica.

Isto não é mais do que capacitar os indivíduos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde, com o pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*). A capacitação dos indivíduos torna-os mais conscientes das ações promotoras da saúde (Direção Geral de Saúde, Plano Nacional de Saúde, 2015).

No que diz respeito ao Bem-estar e Autocuidado, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. Encontra-se implícita nesta competência a Teoria do Défice de Autocuidado da Orem, visto que esta preconiza que a Enfermagem é solicitada quando a pessoa necessita de integrar medidas de autocuidado que se revelem necessárias mas que são consideradas complexas para o seu sistema de autocuidado, exigindo conhecimentos e habilidades especializados, somente adquiridos através de treino e experiência, ou por outro lado, quando a pessoa precisa de ajuda para a recuperação de uma doença ou lesão, ou para enfrentar os seus efeitos. Assim, segundo a referida autora, cabe aos profissionais de enfermagem a capacidade de prever alguma alteração no défice existente, seja este devido a uma diminuição das competências para o autocuidado ou por um aumento dos requisitos de cuidados, ou até por ambos (Orem, 2001).

Durante este processo é importante a gestão da relação terapêutica ou de ajuda perante a pessoa/família de forma a gerir o impacto emocional imediato, inerente a estas situações críticas, e muitas vezes a situações de luto e de morte digna. Segundo Phaneuf (2005, p.12,13) a relação de ajuda consiste num:

(...) processo que visa essencialmente a tomada a cargo de si própria pela pessoa cuidada, e não pela enfermeira (...) esta age sobre a confiança que consegue suscitar (...), sobre as trocas que decorrem entre elas, sobre o que ela retém do seu ensino, sobre a ajuda que ela consegue fazer-lhe aceitar e em suma sobre a evolução desta pessoa para a melhoria do seu estado.

O estabelecimento de uma:

(...) relação feita de escuta e de compreensão é, com efeito, um verdadeiro bem, uma dádiva da enfermeira para a pessoa cuidada para a ajudar a ultrapassar as suas dificuldades. E esta relação é fértil, evidentemente, visto que é portadora de alívio da ansiedade, de libertação de certas emoções, de serenidade e de amor pelo outro (Phaneuf, 2005, p.322).

Este tipo de relação, tem como objetivo “favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Phaneuf, 2005, p.324). A relação de ajuda é considerada como terapêutica.

Numa situação crítica tanto a promoção da saúde como a promoção do bem-estar e do Autocuidado visam criar condições para a readaptação funcional do indivíduo, ou seja, o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. O enfermeiro especialista através do ensino, a instrução e o treino da pessoa e muitas vezes do seu cuidador promove a adaptação individual requerida face à readaptação funcional, de forma a assegurar o planeamento da alta da pessoa em situação crítica internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade, sendo estes essenciais muitas vezes para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica.

Para assegurarem esta readaptação funcional, na maioria das vezes os cuidadores informais sentem necessidade em recorrer aos apoios existentes na comunidade, dado o nível de dependência dos seus familiares e a dificuldade na conciliação das exigências profissionais e familiares com o cuidar de um familiar dependente.

Este apoio ao cuidador pode ser promovido por uma diversidade de intervenções que podem incluir: centros de dia, respostas domiciliárias e institucionalização. Quando referimos institucionalização englobamos os lares e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI que foi criada através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, esta destina-se a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência. São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, centrados na recuperação global da pessoa,

promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

A RNCCI assumiu-se como um novo paradigma organizacional e de cuidados na medida em que se assume como uma resposta integrada da saúde e segurança social que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção social (Decreto- Lei nº101/2006).

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta, tal como sintetizado na figura seguinte:

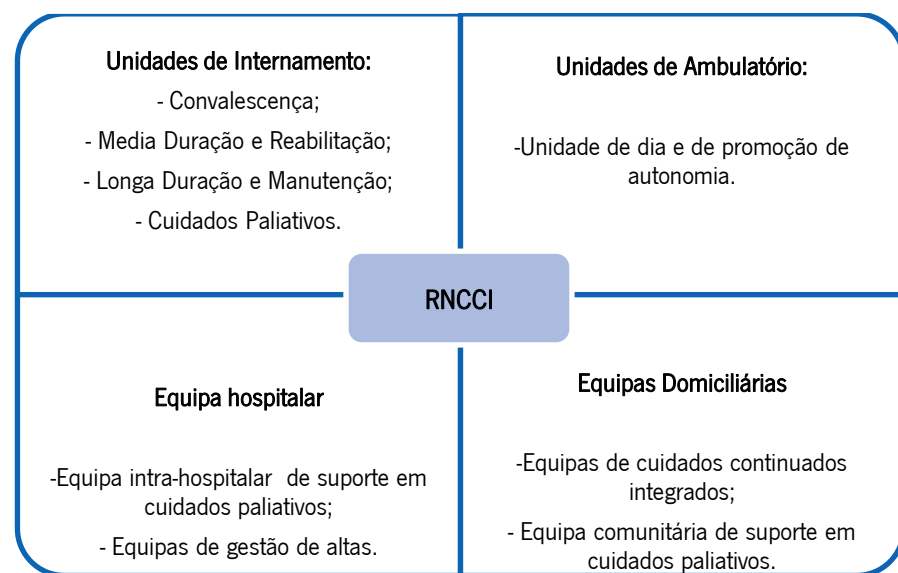


Figura 2- Organização da RNCCI

A RNCCI dispõe de respostas domiciliárias e comunitárias, nas quais os enfermeiros assumem um papel preponderante no apoio e capacitação dos cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado. Estas pessoas dependentes / cuidadores são acompanhadas pela RNCCI no domicílio, através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), constituídas por profissionais integrados nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), criadas no âmbito da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários que se iniciou em 2006. O âmbito de intervenção das ECCI centra-se na prestação de cuidados às pessoas em situação de dependência, aos cuidadores e às respetivas famílias que pela sua situação de saúde ou por problemas mistos de saúde e sociais, requerem cuidados no domicílio de carácter temporário ou permanente, requerendo também que lhes facultem condições que lhes permitam permanecer no domicílio.

Constituem objetivos específicos da Rede:

(...) a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.” (Decreto-Lei n.º 109 de 6 de junho de 2006).

Através do que foi mencionado a RNCCI constitui um apoio social e comunitário muito importante para os cuidadores pois permite ao cuidador assegurar o apoio, que muitas vezes necessita, na prestação de cuidados e assegurando assim a qualidade dos cuidados e a readaptação funcional da pessoa.

O enfermeiro especialista tem ainda um papel importante na organização dos cuidados Especializados, este assegura/garante a máxima eficácia na organização. Para tal é importante a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, incluindo as intervenções de enfermagem, os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores.

Por outro lado, é importante assegurar a dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Como refere Carneiro (2009) através da utilização adequada dos meios materiais e técnicos as pessoas (recursos humanos) deverão empenhar-se em atingir a missão principal das organizações de saúde: a prestação de cuidados de saúde à população.

Além dos recursos humanos adequados é importante a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade. Como é referido na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), “instituiu uma nova política de recursos humanos para a saúde com vista a satisfazer, (...), as necessidades da população, com garantia da formação dos profissionais e da segurança dos cuidados prestados” (Ministério da Saúde, 2009, p. 6761). Atualmente vigora o Decreto – Lei 248/2009, de 22 de Setembro, que

considera que a formação dos enfermeiros “assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica”, salientando que esta deve ser “planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços.” (Ministério da Saúde, 2009, p. 6764).

O Relatório “Um futuro para a saúde” da Fundação Calouste Gulbenkian (2014) considera a necessidade de novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos e, de mais serviços de apoio domiciliário e de proximidade de modo a satisfazer as necessidades da população.

No que diz respeito à utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.4) no domínio da gestão dos cuidados, sustenta que o enfermeiro especialista: “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.”

Em suma o enfermeiro deve garantir a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente, sustentado em prioridades clínicas.

2.3.1 Competência, Capacitação, *Empowerment* e Mestria: Definição de Conceitos

Para poder compreender melhor este tema é essencial distinguir alguns conceitos, nomeadamente o conceito de competência, capacitação, *empowerment* e mestria.

A Teoria Social Cognitiva apresentada por Bandura (1997a;1997b) postula que o comportamento é aprendido e influenciado pelas interações sociais. Por conseguinte, os indivíduos possuem a capacidade de autoavaliação como resultado das suas ações. Com base no proposto por Bandura (1997a), entende-se que quando se fala em competência do cuidador não se pode dissociar dois elementos fundamentais: a capacidade e a autoeficácia.

A capacidade traduz os conhecimentos, habilidades e as competências, sem descurar do potencial físico necessário para introduzir modificações (quando necessário), diminuindo ou restringindo os riscos associados e que não podem ser mudados. A autoeficácia diz respeito ao potencial individual na organização e execução dos procedimentos necessários na satisfação das exigências situacionais.

Poder-se-á afirmar, então, que a autoeficácia corresponde a um juízo formulado por cada indivíduo sobre as suas capacidades para atingir um determinado nível de performance (Bandura, 1997a).

No que diz respeito à capacitação, a palavra “capacitar”, no original significa “fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, autorizar para ...” (Ribeiro, 1994). Neste sentido, implica devolver ao cidadão o poder de decisão em matéria de Saúde, retirando às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia grande parte da sua responsabilidade (Ribeiro, 1994).

O objetivo primordial dos cuidados de enfermagem deverá ser o capacitar (*enabling*) – os cidadãos dos cuidados de enfermagem de forma a criar oportunidades para que se sintam mais competentes, independentes e autoconfiantes em relação às suas capacidades para irem de encontro às necessidades “aumentar o poder” (*“Empowerment”*).

A capacitação dos cuidadores informais começa agora a ser alvo de alguma pesquisa científica, aliás Cabral e colaboradores (2010) alertam para que os objetivos dos cuidados possam advir das preferências da pessoa e não das perceções dos enfermeiros, numa clara centralização do processo de cuidar na pessoa. Assim, defendem que a pessoa e os seus cuidadores deverão ser estimulados de forma a permitir a sua autonomia, visando o aumento da capacidade de assumir responsabilidades para resolver os problemas que seriam melhor solucionados por eles mesmos, cabendo aos enfermeiros implementar ações específicas, orientando tanto a pessoa quanto os cuidadores envolvidos nesse processo.

Este processo de capacitação dos cuidadores informais significa dotá-los de capacidades que lhes permitam atender às necessidades da pessoa, tendo em consideração os aspetos físicos, mas também os aspetos sociais, culturais e espirituais (Cabral et al., 2010). Com efeito, não basta a simples transmissão de informação técnico-científica aos cuidadores informais, é necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (Carvalho, cit. por Carvalho & Carvalho, 2006). Como o processo de capacitação, deve ser centralizado no cuidador informal, é fundamental que o enfermeiro conheça as suas características, necessidades e expectativas de forma a adequar as práticas à realidade de cada cuidador informal.

Associado ao conceito de capacitação surge muitas vezes o *empowerment*, embora conceitos distintos, tem definições semelhantes. Gibson (1991) definiu “*empowerment*” como o processo de ajudar as

peessoas a deter controlo sobre os fatores que afetam a sua saúde, através da promoção e da capacitação para que as pessoas consigam satisfazer as suas próprias necessidades, resolver os seus problemas e mobilizar os recursos necessários a fim de se sentirem em controlo das suas próprias vidas. Gibson (1991) defende que o processo de *empowerment* deve promover e reforçar a capacidade das pessoas de satisfazerem as suas próprias necessidades, envolve ajudar a pessoa/família/comunidade a construir uma consciência crítica sobre a situação e facilitar o surgimento de um plano de ação que seja realista. Para tal é fundamental competência de comunicação efetiva (incluindo competências no ensino e aconselhamento).

Por fim, Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd e Dibble (2000) referem que a mestria ("*mastery*") tem sido definida como uma perspetiva pessoal positiva sobre a habilidade e comportamento durante o processo de cuidar. A autoeficácia é definida como a confiança do cuidador relativamente ao como ele(a) é capaz de gerir os problemas comportamentais e disfuncionalidades da pessoa idosa. Nesse sentido, tratando-se de uma autoperceção, os cuidadores necessitam de uma avaliação e orientação profissional para complementar a autoperceção em períodos críticos do cuidado. Logo, a autoeficácia, embora importante, não é suficiente para uma compreensão abrangente sobre como prestar bem os cuidados.

A propósito do conceito de mestria, Meleis (2010) entende que esta é desenvolvida através da integração de novas habilidades no decurso do processo de transição. Incorpora diferentes dimensões, como a competência associada ao conhecimento desenvolvido e a iniciativa, a destreza psicomotora, a autoconfiança, bem como a capacidade de tomar decisões no desempenho do papel de cuidador.

Para a continuidade de cuidados no domicílio ao cuidador é requerido capacidade, conhecimento e competência para prestar cuidados necessários e com segurança.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo é destinado à apresentação do percurso metodológico. É feita referência ao tipo de estudo, à questão de investigação e aos objetivos do estudo, à população e amostra, ao instrumento de recolha de dados, à recolha e análise dos mesmos. Por fim, são apresentadas as considerações éticas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

De acordo com a questão de partida e tendo em consideração o estado de arte e o nível de conhecimentos que se detém acerca do tema em análise será desenvolvido um estudo exploratório-descritivo, tendo em vista que o objetivo é proceder ao reconhecimento desta realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade.

O presente estudo insere-se no paradigma qualitativo, cabendo ao investigador, que utiliza este tipo de abordagem metodológica, observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como é apresentado, sem procurar controlá-lo (Fortin, 2009). Na perspetiva de Freixo (2009, p. 146) a abordagem qualitativa é “uma extensão da capacidade do investigador em dar sentido ao fenómeno.”

Tendo em conta que o nosso objetivo não é chegar a certezas que favoreçam generalizações universais dos resultados, mas sim o conhecimento e a compreensão em profundidade do fenómeno, optámos por uma metodologia com pressupostos qualitativos e por um estudo de carácter exploratório e descritivo. De acordo com Bogdan e Biklen (2006), a abordagem qualitativa permite a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos da investigação e a recolha de dados ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, possibilitando o acesso à riqueza da experiência humana.

Este estudo é descritivo exploratório porque procurou investigar a perspetiva dos enfermeiros sobre um fenómeno, ao qual atribuem significado, e cujo conhecimento é escasso (Fortin et al. 2009) Esta metodologia “... serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a ação, (...) e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos” (Fortin et al, 2009, p. 20).

3.2 QUESTÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO

Através da realização deste estudo de investigação pretendíamos responder à seguinte questão de investigação “Qual a perspetiva dos enfermeiros acerca das suas intervenções enquanto agentes de capacitação dos cuidadores de doentes vítimas de TCE internados no serviço de Neurocirurgia?”.

De acordo com a evidência disponível entendemos que esta lacuna pode e deve ser colmatada com a procura de conhecimento através da investigação, dado tratar-se uma problemática atual, relevante, original e pertinente.

Com o propósito de compreender as vivências dos enfermeiros, mais especificamente as intervenções realizadas no âmbito da capacitação dos cuidadores de pessoas vítimas de traumatismo craneoencefálico, definimos os seguintes objetivos:

- Explorar as intervenções dos enfermeiros promotoras da capacitação dos cuidadores de pessoas vítimas de TCE internados no serviço de Neurocirurgia;
- Descrever as intervenções dos enfermeiros promotoras da capacitação aos cuidadores de pessoas vítimas de TCE, internados no serviço de Neurocirurgia;
- Explorar as dificuldades dos enfermeiros e os agentes facilitadores das intervenções de enfermagem realizadas aos cuidadores para a promoção da sua capacitação;
- Descrever as dificuldades dos enfermeiros e os agentes facilitadores das intervenções de enfermagem realizadas aos cuidadores para a promoção da sua capacitação.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com os autores Bogdan e Biklen (2006), tendo em conta o tipo de estudo, a amostra é pequena, contextual, não generalizável, não representativa estatisticamente. A população é constituída pelo conjunto de todos os elementos pertencentes a um grupo definido tendo características em comum que são necessárias a esta investigação e a amostra é um conjunto de indivíduos que foram retirados de uma população (Fortin, 2009). Quando estamos perante um estudo de natureza qualitativo falamos em participantes e não em amostra, como corrobora Polit et al. (2004, p.44) “os indivíduos que cooperam no estudo têm uma parte mais ativa do que passiva e são, por isso, denominados informantes ou participantes do estudo”.

A população é constituída por todos os enfermeiros que trabalham em serviços de neurocirurgia. Relativamente á amostra do estudo será constituída pelos enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Braga que aceitarem participar no estudo de forma livre, informada e esclarecida. Neste sentido esta amostra será não probabilística por conveniência/acidental. Foi escolhida este tipo de amostra visto que não existe uma probabilidade igual de qualquer elemento da população ser escolhido para constituir a amostra e os selecionados serão os enfermeiros que se mostrarem mais disponíveis para participar no estudo (Polit, 2004).

Também Streubert e Carpenter (2013, p. 29) são da opinião que “os indivíduos são selecionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência em primeira mão com a cultura, processo social ou fenómeno de interesse”, os participantes foram selecionados de acordo com a sua experiência, assegurando dessa forma uma relação íntima com o fenómeno, dentro dos critérios de inclusão gerais do estudo, sem nenhuma manipulação ou controlo.

Após deferida a autorização da Comissão de Ética do Hospital de Braga (Anexo I), onde se realizou o estudo, iniciamos a convocatória dos participantes. Assim, e neste estudo, os participantes foram os enfermeiros que exercem funções nos serviço de Neurocirurgia e que capacitam os cuidadores informais dos doentes vitimas de TCE no, e que simultaneamente cumprissem os critérios de inclusão previamente definidos:

- Aceitação por partes dos participantes, através do consentimento informado (Anexo II), para participar no estudo após serem esclarecidos;
- Apenas foram entrevistados enfermeiros que estavam na prestação direta de cuidados aos doentes vitimas de TCE e seus familiares, excluindo os restantes;
- Para além disso apenas foram entrevistados os enfermeiros com no mínimo dois anos de experiência profissional no serviço de neurocirurgia, excluindo assim os que não obedeciam aos critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de inclusão foram realizadas quinze entrevistas.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados é extremamente importante numa investigação pois permite obter toda a informação necessária para atingirmos os objetivos a que nos propomos. Assim, dependendo do problema de investigação teremos que utilizar o método de colheita de dados adequado para o estudo

em questão. De acordo com os conhecimentos que se detêm do tema em estudo, optou-se por utilizar como instrumento de colheita de dados a entrevista pois é a mais adequada para se compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno que foi ou é vivenciado por cada um dos participantes (Fortin, 2009).

A entrevista semiestruturada permite obter informações e respostas detalhadas sobre temas complexos e possibilita a recolha de “dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 2006 p.134). Possibilita também, o acesso ao contexto do comportamento das pessoas e promove um caminho para o investigador compreender os significados desse mesmo comportamento (Ibidem).

Foi realizada uma entrevista semiestruturada (Anexo III) que permitiu ao entrevistador maior flexibilidade e possibilidade de explorar as questões. Este tipo de entrevista visa a obtenção de informação pertinente para a realização do estudo, sendo composta por perguntas que conferem determinada referência aos participantes, evitando que estes se dispersem (Fortin, 2009).

As entrevistas foram realizadas num gabinete, do serviço da Neurocirurgia e na hora escolhida pelo entrevistado, o enfermeiro. Foi esclarecido o objetivo do estudo, qual o método de seleção dos participantes e obtido o consentimento do mesmo. O local selecionado teve em consideração ser um local resguardado e calmo, o que permitiu que as entrevistas decorressem durante pelo menos quinze minutos, sem interrupções, barulho exterior ou quaisquer outras distrações.

As entrevistas foram identificadas com um código alfa numérico (Ex. E1), permitindo assim garantir o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida. Foram ainda gravadas em suporte de áudio com o objetivo de recolher toda a informação dada por cada entrevistado e posteriormente foram transcritas, tendo sido depois fornecidas aos entrevistados, de forma a assegurar que o que foi transcrito correspondia literalmente à entrevista realizada à priori, dando credibilidade e validade externa aos dados recolhidos.

Através da leitura das transcrições foi fundamental para reconhecer a semelhança entre os diferentes relatos nas questões do estudo. Assim sendo, como refere May (citada por Morse, 2007) defende que, quando o investigador não identifica novas histórias que fazem parte do assunto e consegue prever o resultado da identificação de padrões de experiência, a saturação está alcançada.

3.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A análise/tratamento dos dados será realizada através da análise de conteúdo, visto se tratar de um estudo de natureza qualitativo. A análise de conteúdo consiste em trabalhar a palavra e o seu significado, permitindo dessa forma organizar e estruturar os dados, produzindo inferência (Bardin, 2015). Neste sentido, a mesma autora refere que consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que emprega procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição e interpretação do conteúdo implícito nas mensagens, que engloba três fases: a pré-análise das entrevistas, a exploração do material e o tratamento dos resultados e sua interpretação.

A organização da análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2015), passa por diferentes fases: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, que corresponde a um período de intuições, mas que tem por objetivo organizar e sistematizar as ideias tornando-as operacionais, de modo a orientar um esquema preciso para o desenvolvimento das operações seguintes. A exploração do material, seguida da pré-análise, consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas através de operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras formuladas previamente. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dizem respeito ao tratamento dos dados em bruto de maneira a serem significativos e válidos, etapa onde o investigador pode fazer inferências e adiantar interpretações.

Na primeira fase, pré-análise, realizámos sucessivas leituras das entrevistas transcritas integralmente de modo a sistematizar ideias; na segunda fase, exploração do material, realizámos a exploração dos discursos e identificámos as unidades de registo e as unidades de contexto; por último fizemos a interpretação dos dados e a sua categorização, procurando fazer a adequação entre a informação obtida e os objetivos do estudo, sendo esta fase a de tratamento dos resultados (Bardin, 2015). A organização dos dados em categorias e subcategorias baseou-se nos dados que emergiram da análise das entrevistas e nos pressupostos teóricos adquiridos na revisão da literatura realizada e que orientaram construção das categorias.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quando falamos em investigação em Enfermagem, e em particular na investigação qualitativa, é necessário enunciar os princípios éticos, uma vez que os enfermeiros têm a responsabilidade

profissional de conduzir a investigação à luz dos princípios éticos (Streubert & Carpenter, 2013).

Qualquer estudo de investigação para ser desenvolvido tem de respeitar os princípios éticos subjacentes à investigação, ou seja, considerar os princípios éticos inerentes ao tipo de estudo que se irá realizar, tais como o anonimato, a confidencialidade, a proteção dos participantes e permitir uma participação voluntária.

Fortin (2009) considera ser primordial a responsabilidade do investigador a respeito da proteção dos direitos da pessoa, devendo este ter conta as considerações éticas desde do início da investigação. Assim é fundamental assegurar o respeito pela justiça e equidade, o direito ao equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, o princípio da não maleficência e o da beneficência.

De forma a cumprir os pressupostos éticos, o projeto do presente estudo, foi submetido e aprovado pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) que integra a Comissão de Ética da Universidade do Minho (CEUM) (Anexo IV). Nesse sentido, e no que concerne aos procedimentos legais, foi pedida e autorização da Comissão de Ética do Hospital (Anexo I) onde decorreu o estudo, que após análise pela Comissão de Ética, deu parecer favorável à realização do estudo e recolha de dados que permitiram selecionar os participantes neste estudo, tal como referido anteriormente.

A colheita de dados foi realizada aos enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia, sendo precedida de uma apresentação do estudo, onde foram prestadas todas as informações aos participantes e foi aplicado um consentimento informado (Anexo II), permitindo a sua participação livre e esclarecida e de forma voluntária. Relativamente à aplicação, propriamente dita, do estudo não são previstos riscos, prejuízos ou desvantagens, para os participantes, garantindo também que toda a informação recolhida será apenas utilizada no decorrer do estudo, assegurando a sua confidencialidade e anonimato.

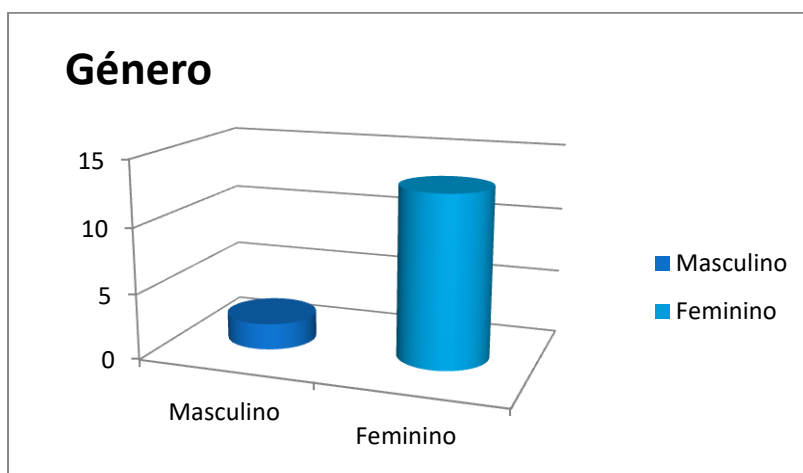
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo faz alusão à apresentação e discussão dos dados que emergiram do estudo. Inicia com a caracterização dos participantes, apresentam-se as categorias e as subcategorias que emergiram da análise dos dados, de acordo com os pressupostos de Bardin (2015).

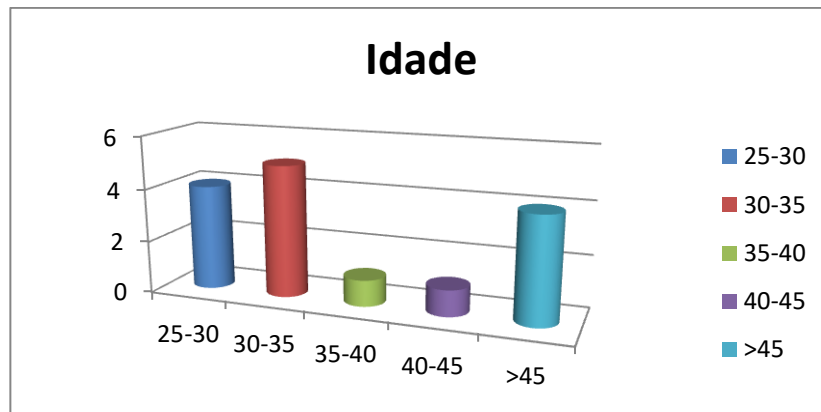
4.1 CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O perfil biográfico e social dos participantes do estudo será apresentado detalhadamente através dos gráficos 1, 2, 3 e 4, e correspondem ao género, idade, estado civil, nível de formação dos participantes, número de anos de experiência profissional e número de anos de serviço na unidade de cuidados de neurocirurgia.

A amostra é constituída por 15 enfermeiros, dos quais 13 mulheres e 2 homens, com idade compreendida entre os 25 e os 45 anos, 4 dos inquiridos apresentam entre 25 e 30 anos, 5 têm entre 30-35 anos, 1 entre 35-40 anos, 1 entre 40-45 e 4 dos inquiridos têm mais de 45 anos, como podemos analisar através dos gráficos 2 e 3.

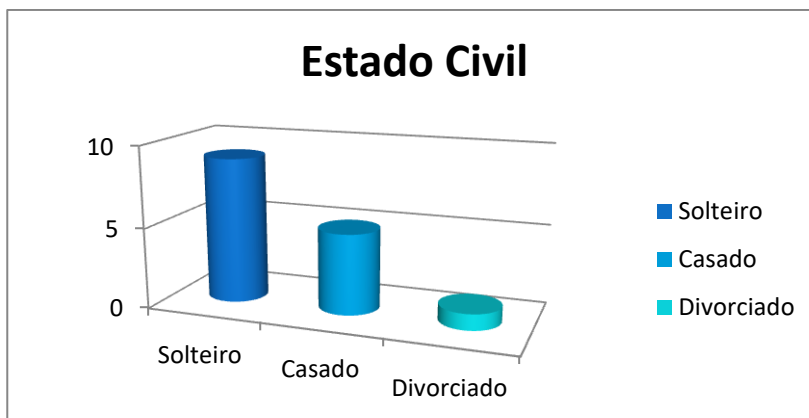


Gráficos 2 - Caraterização relativamente ao Género dos Enfermeiros.

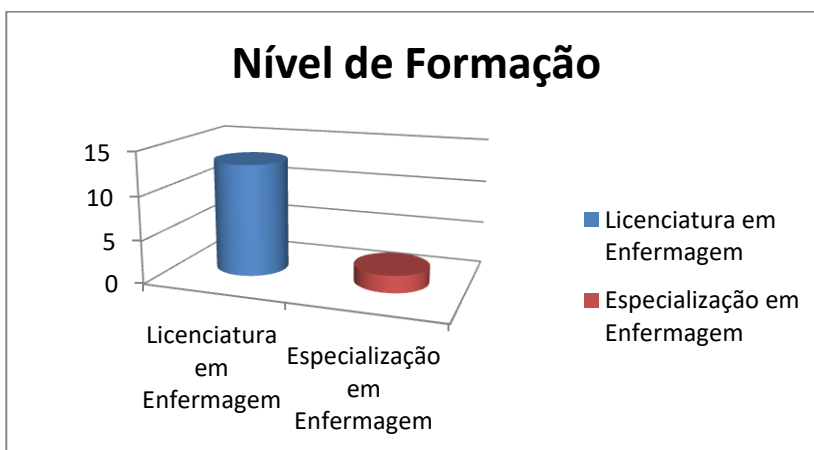


Gráficos 3 - Caracterização relativamente à Idade dos Enfermeiros

No que reporta ao estado civil, 9 dos participantes inquiridos são solteiros, 5 são casados e 1 encontra-se divorciado. A maioria dos participantes (n=13) que integrou o estudo é licenciada e apenas 2 enfermeiros detêm a especialização em Enfermagem (Gráficos 4 e 5).

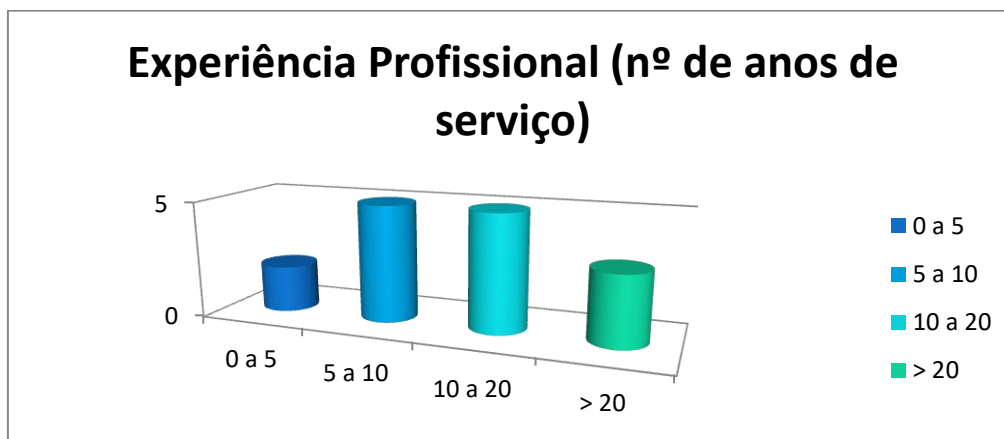


Gráficos 4 - Caracterização relativamente ao Estado Civil.



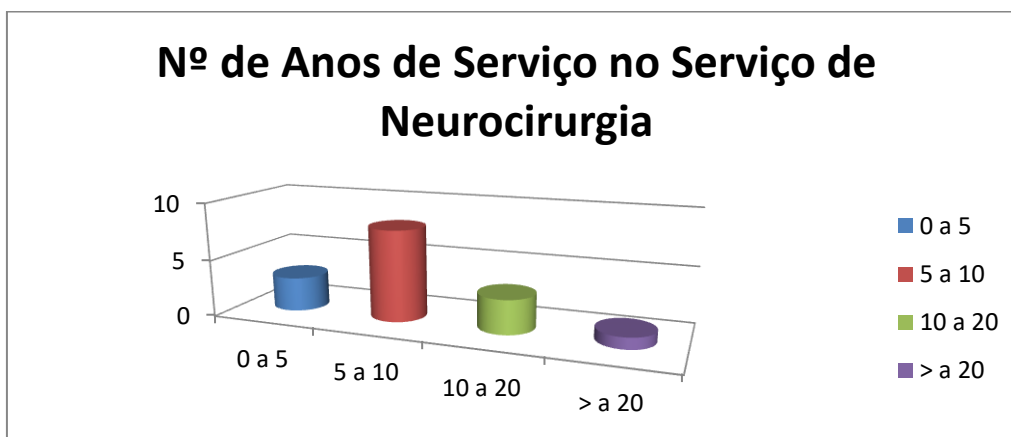
Gráficos 5 - Caracterização relativamente ao Nível de Formação dos Enfermeiros

Relativamente à experiência profissional: a maioria dos enfermeiros inquiridos (n=5) tem experiência profissional entre 5 a 10 anos. De igual modo, 5 participantes apresentam entre 10 a 20 anos de experiência profissional e, apenas 3 enfermeiros prestam cuidados há mais de 20 anos. De referir que, apenas 2 enfermeiros apresentam menos de 5 anos de experiência profissional. O gráfico 6 faz alusão aos dados apresentados.



Gráficos 6 - Caracterização relativamente à Experiência Profissional dos Enfermeiros (nº anos de serviço).

No que diz respeito ao número de anos que exercem funções no Serviço de neurocirurgia: 3 participantes apresentam entre 0 e 5 anos; 8 participantes entre 5 a 10 anos; 3 participantes entre 10 a 20 anos e; 1 participante tem mais de 20 anos de experiência profissional no serviço na Neurocirurgia, como podemos ver nos gráficos 7.



Gráficos 7 - Caracterização relativamente ao Número de Anos de Serviço dos Enfermeiros na Neurocirurgia.

4.2. CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO

O estudo explora e descreve a perspetiva dos enfermeiros sobre a capacitação dos cuidadores informais de pessoas vítimas de traumatismo crânio encefálico. Da análise *do corpus documental* emergiram cinco categorias: (i) diagnóstico de situação; (ii) dotação de conhecimentos; (iii) avaliação de capacidades; (iv) barreiras percebidas e (v) potencializadores percebidos. O Quadro 2 ilustra a matriz de redução de dados, permitindo, assim, uma visão abrangente das categorias e das subcategorias.

Quadro 2 - Matriz de redução de dados

CATEGORIA	Subcategorias
Diagnóstico de situação	Conhecimentos Capacidades Disponibilidade Relações familiares Ambiente residencial Destino após a alta
Dotação de conhecimentos	Gestão do Regime Terapêutico Autocuidados Condição de saúde do familiar Alterações comportamentais
Avaliação de capacidades	Avaliação/ observação Reavaliação dos ensinamentos Reforço do ensino instrução e treino
Barreiras percebidas	Não-aceitação da nova condição de saúde Alterações emocionais do cuidador /Desempenho de um novo papel Falta de informação e compreensão da informação dada Adaptação às alterações familiares, emocionais e socioeconómicas Falta de disponibilidade do cuidador Referenciação para a RNCCI Falta de disponibilidade do enfermeiro Modelo de gestão dos cuidados Relação com o cuidador
Potencializadores percebidos	Relação de ajuda Disponibilidade e perícia do enfermeiro Disponibilidade para cuidar Aprendizagem adequada às necessidades Apoio socioeconómico, familiar e comunitário Continuidade de cuidados após a alta no domicílio

Para a apresentação, análise e interpretação dos dados recorreremos a excertos das narrativas, seguindo-se uma reflexão detalhada dos mesmos. Com o objetivo de apresentar todos os elementos de textos das narrativas, mantendo a coerência do texto, recorreremos aos seguintes códigos:

- Citações em itálico e entre aspas para salientar o discurso direto dos participantes,
- (...) significa corte na narrativa sem significado relevante para a interpretação dos dados, ou seja, não compromete a interpretação e a compreensão dos mesmos;
- E (1-15) identifica o número atribuído a cada um dos participantes do estudo;
- Negrito, traduz a identificação das categorias e das subcategorias que emergiram dos resultados.

Os quadros apresentados surgem com o propósito de sistematizar a informação recolhida. Cada quadro faz referência a uma categoria e às subcategorias correspondentes, bem como às principais unidades de contexto resultantes da matriz de redução de dados.

4.3 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a apresentação dos dados procederemos à análise, interpretação e discussão dos mesmos, fazendo isto á luz da teoria existente, permitindo justificar e fundamentar os dados obtidos. Esta análise, interpretação e discussão será realizada por categorias, explorando cada uma das suas respetivas subcategorias. Iniciamos a análise pela categoria **Diagnóstico da situação** (Quadro 3).

O enfermeiro detentor de conhecimentos e de competências é capaz de mobilizar conhecimentos técnicos e científicos na definição de **diagnósticos de situação** (Ordem dos enfermeiros, 2011). Corresponde a uma etapa do processo de capacitação, que corresponde à fase da recolha de informação, em que os enfermeiros exploram e recolhem dados de forma a aprofundar conhecimentos e conhecer a realidade. Esta etapa é essencial para que o processo de capacitação seja o mais ajustado possível às necessidades do cuidador e da pessoa vítima de TCE. Os dados são apoiados por Meleis (2010), na medida em que, as propriedades e as condições que são intrínsecas ao processo de transição, permitem o desenvolvimento das terapêuticas de enfermagem, congruentes com a experiência de transição saudável da pessoa e da família.

Quadro 3 - Diagnóstico da Situação

Categoria	Subcategorias
Diagnóstico de situação	Conhecimentos (E4, E5, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15) Capacidades (E5, E7, E8, E13, E10, E15) Disponibilidade (E2, E3, E4, E5, E6, E8, E12, E13, E15) Relações familiares (E4, E7, E13) Ambiente residencial (E5, E8, E13, E15) Destino após a alta (E2, E4, E10, E11, E12, E14, E15)

O diagnóstico de situação levado a cabo pelos enfermeiros dá conta da necessidade destes profissionais avaliarem os conhecimentos dos cuidadores:

“ (...) precisamos de saber o que é que eles (cuidadores) já sabem, os conhecimentos prévios, os valores, os comportamentos (...). ”E7

“Nas vítimas de TCE (nós os enfermeiros) capacitamos os cuidadores, inicialmente, obtendo precocemente informações junto dos familiares, através de uma entrevista.” E13

Dados teóricos e empíricos revelam que os cuidadores informais de sobreviventes de TCE demonstraram estar pouco informados e, sentiram com frequência que as necessidades de aconselhamento não eram atendidas (Hassan, Khaw, Rosna & Husna, 2011; Dillahun-Aspillaga, Jorgensen-Smith, Ehlke, Sosinski, Monroe & Thor, 2013).

Nesta perspetiva, também, Liu e colaboradores (2015) alertam para o facto das necessidades de informação poderem variar de acordo com a gravidade do traumatismo crânio encefálico.

Avaliar o nível conhecimentos e de preparação dos cuidadores é assim determinante, na medida em que, conduzirão à prestação de cuidados mais seguros e adequados às necessidades da pessoa dependente a viver no domicílio (Montezuma et al., 2009; Dillahun-Aspillaga et al., 2013).

Por sua vez, Meleis (2010) é da opinião que os enfermeiros são facilitadores de transições e que se encontram numa posição privilegiada para ajudar a vivenciar este processo de forma mais consciente e com mais responsabilidade, dotando os cuidadores de conhecimentos.

Através do **diagnóstico da situação** é possível avaliar os conhecimentos e as **capacidades** físicas e cognitivas que os cuidadores apresentam. As narrativas que se seguem apoiam a subcategoria encontrada na categoria **diagnóstico de situação**:

“Por vezes, os cuidadores já têm alguma idade e a capacidade de aprendizagem não é a mesma, comparativamente com uma pessoa mais nova (...).”E8

“(...) A idade do cuidador (...) já não têm uma idade para adquirir determinadas competências e não têm capacidade física e mental. Muitos precisavam que cuidassem deles e têm que cuidar do seu familiar doente.” E15

(...) Muitas pessoas têm dificuldade de aprender (...) têm síndromes depressivos, têm baixo nível de escolaridade (...) isto é efetivamente um entrave à sua capacidade de aprendizagem.” E13

Dados teóricos e empíricos dão conta das lacunas de informação que os cuidadores informais apresentam relativamente à quantidade e à qualidade do suporte recebido, por parte dos profissionais de saúde, no momento da alta hospitalar. Há, pois, necessidade de avaliar de forma preventiva e antecipatória as capacidades e as competências/aptidões cognitivas, psicomotoras e relacionais de quem cuida, assegurando a qualidade dos cuidados prestados, a manutenção da saúde e o bem-estar da pessoa dependente. Significa que, a realidade da aprendizagem por “tentativa e erro”, dificultadora do processo de transição, deve dar lugar à preparação para o desempenho do papel dos cuidadores, para que estes possam tomar as melhores decisões no que reporta aos projetos de saúde das pessoas que cuidam (Araújo, 2016).

Este pensamento é, também, apoiado por Landeiro, Martins e Peres (2016), perspetivando o familiar cuidador como foco de atenção do enfermeiro, privilegiando a implementação de intervenções dirigidas para a aprendizagem de habilidades e a aquisição de conhecimentos (Landeiro, Martins & Peres, 2016).

Alguma da evidência disponível sugere que as necessidades e as capacidades da família são determinantes na assistência à pessoa dependente (Reigada, Pais-Ribeiro, Novellas & Gonçalves, 2015). Assim, cabe aos enfermeiros a avaliação das capacidades físicas, psicológicas, sociais e culturais, sendo estes profissionais facilitadores de transições saudáveis, nas quais a saúde e o bem-estar percebido são o resultado (Meleis, 2010).

A **disponibilidade do cuidador**, integrada nesta categoria, emerge das narrativas e representa uma preocupação para os participantes:

“(...) primeiro é preciso que os cuidadores queiram ... e que tenham disponibilidade (...).”E2

“Primeiro de tudo têm que querer (...) ao mesmo tempo ter vontade ... as pessoas, hoje em dia, à partida deitam logo para o lado, o que não é fácil (...).”E4

“(...) o cuidador, às vezes, entende que o caminho mais fácil é não estar aqui a aprender, a ver o que é preciso e ter de tratar do próprio familiar. Eu penso que, às vezes, é falta de vontade (...) e, também, quem trabalha não tem disponibilidade.”E12

Ao cuidador é requerida disponibilidade e vontade para cuidar do outro. A nova condição de saúde da pessoa dependente é complexa e exigente, não estando a família / cuidador preparada(o) para o desempenho deste novo papel, sendo necessário um maior envolvimento e responsabilidade das famílias na prestação de cuidados (Landeiro, 2016).

Contudo, na maioria das vezes a disponibilidade para cuidar é reduzida, pois muitos tornam-se cuidadores, sem uma preparação prévia e sem que se tenham disponibilizado para tal. Assumem o papel de cuidador por sentirem obrigatoriedade moral e social (Pimenta et al., 2009).

Cuidar de outra pessoa e assumir essa responsabilidade deve ser algo natural, próprio das relações humanas e afetivas, devendo existir liberdade “para” e “como” cuidar e “que” cuidados prestar. As contingências da vida, a severidade da condição e/ou a falta de recursos económicos e, de respostas sociais e de saúde adequadas, podem conduzir os cuidadores informais para uma situação de inevitabilidade ou obrigação percebida em assumir este papel. Todos os cidadãos têm o direito de opção por cuidar de alguém, bem como, a quantidade de cuidados que querem prestar e o nível de participação que querem ter (Alves & Teixeira, 2017).

Na **categoria de diagnóstico de situação** foi mencionada como subcategoria a importância de conhecer as **relações familiares** entre o cuidador e a pessoa vítima de TCE:

“ (...) que tipo de relação tem com o utente(...) se são pessoas que vivem com estes utentes e estão habituadas a estar com eles é uma coisa, se não vivem, o apoio em si, o cuidado diário e estar presente já é uma dificuldade.”E4

“ (...)e tentamos identificar qual o familiar que se identifica mais com o doente e com quem tem maior influencia/empatia. (...) Por outras vezes as relações familiares anteriores (...) quem vai ser cuidador não tem qualquer tipo de relação com o doente e aí temos que perceber este contexto de relação que também é importante para o processo do cuidar.”E13

Como emerge das narrativas dos participantes, o contexto da relação é importante para o processo de cuidar. O cuidador informal é assim a pessoa, da rede social do próprio, não remunerada, com relação significativa (familiar, parceiro (a), amigo(a) e/ou vizinho(a)) que se assume como o principal responsável pela organização, assistência e/ou prestação de cuidados (Alves & Teixeira, 2017).

Assim, para cuidar é importante ter uma relação prévia, senão o processo de cuidar pode ser afetado, pois cuidar “(...) implica uma relação interpessoal, que inclui comportamentos e sentimentos, nomeadamente o assistir, o ajudar, o ouvir, o respeito, o estar ao serviço de, mostrar capacidade de empatia em relação às experiências e individualidade do cliente” (Silva, 2008, p. 23).

Ao realizar o diagnóstico da situação, os enfermeiros devem privilegiar o **ambiente residencial** do cuidador, atendendo ao facto da dependência dos sobreviventes de TCE resultar de um evento súbito e inesperado, dando pouca margem para a preparação e para a adequação ao ambiente residencial:

“(...) é em casa que efetivamente surgem as dificuldades (...) aqui no meio hospitalar está tudo adaptado para doente, digamos que é um ambiente controlado, mas no meio familiar é diferente (...)” E5

“(...) falta de condições em casa para ter o doente.” E8

“(...) não temos uma avaliação da estrutura habitacional (...) nós podemos questionar, mas uma coisa é questionar, outra coisa é ver e saber. É importante ter contacto com as limitações que as pessoas na realidade vão encontrar no domicílio (...)” E15

Dos relatos dos participantes emerge a preocupação e a constatação da necessidade dos enfermeiros realizarem uma avaliação do ambiente residencial, com o objetivo de adequar os conhecimentos e os recursos que cada cuidador dispõe, facilitando a aquisição e a adaptação ao papel de cuidador.

Os enfermeiros devem estar sensíveis aos múltiplos focos de interesse e de intervenção dentro do processo de transição, nomeadamente o ambiente residencial. O acompanhamento realizado pelos enfermeiros facilitará o processo de transição dos clientes, famílias e comunidades, devendo estes profissionais centrar a sua atenção nas experiências de transição, onde a saúde e o bem-estar são percebidos como resultados (Meleis & Trangenstein, 2010; Zagonel, 1999).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.15), o enfermeiro “(...) mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido.”

A última subcategoria da categoria **Diagnóstico de Situação** é o **destino após a alta**. Esta unidade de registo surgiu porque muitas vezes o processo de capacitação do cuidador fica estagnado por existir dúvidas relativamente ao destino da pessoa vítima de TCE, como podemos constatar pelas narrativas dos participantes:

“(...) só quando sabemos que o doente realmente vai para casa é que temos o interesse e a preocupação de fazermos ensinamentos e de capacitar os cuidadores.” (E2)

“(...) O facto de haver muitas possibilidades na comunidade e em instituições dá ao cuidador a possibilidade de escolha do caminho mais fácil (...) é melhor recorrer a outras instituições do que estar aqui a aprender, a ver o que é preciso e ter de cuidar do próprio familiar.” E12

“Por outro lado, hoje em dia, as ofertas da comunidade são muitas, temos centros de dia, lares, famílias de acolhimento, cuidados continuados, o que leva a que muitas vezes os cuidadores vejam nestas ofertas uma opção (...)” E14

O destino após a alta hospitalar da pessoa dependente é determinante no processo de capacitação dos cuidadores, na medida em que, só é possível dotá-los de conhecimentos e de capacidades se estes

assumirem o seu papel. A existência de recursos na comunidade deve, também, ser tida em conta aquando do planeamento da alta hospitalar.

Aos enfermeiros cabe assegurar o “planeamento da alta da pessoa em situação crítica internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade” para além disso devem promover “a divulgação dos recursos da comunidade para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A revisão integrativa realizada por Weber e colaboradores (2017), sobre os cuidados de enfermagem na transição para o domicílio, evidenciou cinco áreas de intervenção dos enfermeiros: (i) o planeamento de cuidados para a alta; (ii) o auxílio na reabilitação social; (iii) a educação em saúde; (iv) a articulação com os demais serviços e; (v) o acompanhamento pós-alta, constatando ainda a necessidade de melhorar o acompanhamento e a coordenação dos cuidados com foco na transição hospital/domicílio. Assim, é fundamental que o enfermeiro identifique as necessidades do cuidador de apoio, bem como o destino após a alta clínica da pessoa cuidada, garantindo uma alta segura, tendo como indicador a capacitação do cuidador.

A **dotação de conhecimentos** surge após o **diagnóstico de situação**. A Ordem dos Enfermeiros (2014) preconiza ações de formação com vista à aquisição de conhecimentos e de capacidades das pessoas dependentes e dos cuidadores informais que prestam cuidados.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2015, p.21), a literacia para a saúde em geral, e em particular, para a autonomia e para a responsabilização pelos comportamentos de procura de saúde, são determinantes no processo de capacitação dos cuidadores, na medida em que torna os indivíduos mais conscientes e mais comprometidos com os projetos de saúde individuais e coletivos.

Como é mencionado pelos participantes:

“Fazer ensinios, relativos e de acordo com a dependência do doente, avaliando as necessidades que ele tem (...).” E11

“Depois de avaliar as suas necessidades é necessário programar os ensinios adequados.” E8

O estudo de Lage, em 2007, revela que a falta de informação e de competências do prestador de cuidados, para além de poder agravar as consequências dos cuidados prestados, pode elevar os níveis de stress. Nesse sentido, desenvolver competências na família para cuidar é determinante na diminuição do risco e, simultaneamente, pode aliviar o stress do cuidador que, por sua vez,

desempenhará melhor o seu papel se dispuser de conhecimentos e de capacidades para gerir as situações complexas associadas ao cuidado.

Zarit (cit. por Marques et al, 2012) refere que os cuidadores sem formação adequada têm maior risco de sobrecarga física, emocional, social e financeira. Para que tal não aconteça é muito importante dotá-los de conhecimentos em diversas áreas, como a gestão do regime terapêutico, a condição de saúde do familiar, o autocuidado e as alterações comportamentais. “Familiares mais instruídos tenderão a adotar estratégias mais claras para a resolução de problemas, contribuindo para uma relação menos conturbada e harmoniosa com o doente dependente” (Marques, 2007, p.158).

O Quadro 4 faz alusão à categoria **Dotação de Conhecimentos**.

Quadro 4 - Dotação de Conhecimentos

Categoria	Subcategorias
Dotação de conhecimentos	Gestão do regime terapêutico (E1, E15) Autocuidado (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16) Condição de saúde do familiar (E1, E3, E4, E6, E8, E9, E10, E11, E13, E14) Alterações comportamentais (E3, E7, E9, E15)

Uma das intervenções mais complexas e que emergiu das narrativas dos participantes foi a **gestão do regime terapêutico**:

“A gestão do regime terapêutico é o mais difícil, se calhar para a família e para o próprio doente (...).” E1

“(...) e é difícil as pessoas aprenderem estratégias para controlar o regime terapêutico dos familiares até porque, muitas vezes, o familiar com uma pessoa de fora tem uma atitude diferente, comparativamente com a pessoa com quem lida todos os dias (...) connosco é mais controlado.” E15

É importante que os enfermeiros dotem os cuidadores de conhecimentos que permitam cumprir o regime terapêutico estabelecido, de forma a prevenir complicações e atingir os objetivos de saúde. Como é referido no *International Council of Nurses* (ICN, 2002, p.58) a gestão do regime terapêutico é um foco da prática de enfermagem que se define como: “Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”.

Compreende-se, assim, que os aspetos inerentes à adesão ao regime terapêutico são de suma importância para os profissionais de saúde. A não adesão é responsável pelo aumento da

probabilidade do insucesso das terapêuticas implementadas e pelo aumento da morbidade e da mortalidade dos indivíduos e pelos gastos acrescidos com a saúde. “O enfermeiro surge como um agente facilitador da adaptação da pessoa à sua condição de saúde, visto ter uma relação de maior proximidade com a pessoa” (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011, p.152).

Os enfermeiros detêm um papel preponderante na promoção de ações de formação de forma a dotar os utentes/famílias/cuidador de conhecimentos, capacitando-os para a gestão do regime terapêutico.

Nesta categoria emergiu, também, como subcategoria o **autocuidado**. O compromisso nesta atividade da vida diária está presente na maioria dos sobreviventes de TCE:

“Em termos dos autocuidados: o autocuidado higiene, o autocuidado vestuário, conforme as necessidades de cada utente e grau de dependência de cada um.” E4

“Depende da dependência de cada doente (...) em doentes acamados os cuidados de higiene englobam também posicionamentos e transferências. A alimentação se tiver sonda ou se tiverem PEG. O deambular no caso de doentes menos dependentes.” E11

Segundo o *International Council of Nurses* (2011, p.41) o autocuidado é a “atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”.

O TCE é um evento súbito, gerador de défices nos autocuidados básico e instrumental e, ainda, de alterações no domínio do processo psicológico, comprometendo a capacidade funcional destes sobreviventes (Broodryk e Pretorius, 2015).

Por conseguinte, e decorrente do compromisso no autocuidado, é necessário capacitar os cuidadores, colmatando estes défices. A Teoria do Défice Autocuidado de Orem, assumindo as limitações funcionais dos indivíduos, procura estabelecer a relação entre as capacidades e as dificuldades do indivíduo, de forma a satisfazer os requisitos no autocuidado (Orem, 2001). Sempre que as necessidades dos indivíduos são superiores às suas capacidades, surge a importância de introduzir medidas terapêuticas compensatórias das limitações do indivíduo.

Os cuidadores informais desejam obter mais informação centrada nas suas necessidades, na melhoria da qualidade e do suporte recebido. “As competências instrumentais no âmbito do autocuidado alimentar-se, posicionar-se e transferir-se são referidas pelos familiares cuidadores como os domínios em que apresentam maior disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento” (Landeiro, 2016, p.2).

No que reporta à **dotação de conhecimentos** é fulcral a transmissão de informações acerca da **condição de saúde do familiar**, como é expresso nas narrativas dos participantes:

“Primeiro é explicar as incapacidades tanto físicas, como cognitivas e comportamentais associadas ao TCE (...)” E3

“(...) começo por esclarecer dúvidas sobre a situação em que o doente se encontra, tento fornecer todos os conhecimentos necessários (...)” E6

“Primeiro abordamos a família para dar informação sobre o que é que se passa com o doente.” E11

“O processo de capacitação do cuidador é um processo longo e complexo, em primeiro lugar é necessário informá-lo acerca do estado atual do seu familiar (...) nova condição de saúde acarreta para os cuidadores novas responsabilidades que anteriormente eram realizados autonomamente pelo doente.” E14

Fornecer informações sobre a condição de saúde do familiar é fundamental no processo de capacitação dos cuidadores. A teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) considera o conhecimento como uma propriedade relevante no processo de transição. Encontra-se relacionada com a consciencialização do indivíduo sobre a experiência que se encontra a vivenciar, sendo esperada a aquisição de conhecimentos sobre as alterações da condição de saúde.

A este propósito, Montezuma e colaboradores (2009) sugerem que a falta de conhecimentos específicos conduz à prestação de cuidados insuficientes ou inadequados, no domicílio. Zarit (cit. em Marques et al, 2012) é da opinião de que os cuidadores sem formação adequada, apresentam maior risco de sobrecarga física, emocional, social e financeira. Esta evidência sugere que um “cuidador informado e apoiado demonstra menos ansiedade e medo, e manifesta maior capacidade e disponibilidade para cuidar do seu familiar” (Fernandes, 2009, p.51).

Para além da consciencialização para a nova condição de saúde, no caso particular dos cuidadores de pessoas vítimas de TCE é importante alertá-los e sensibilizá-los para as **alterações comportamentais**. Esta subcategoria resultou da inquietação dos enfermeiros relativamente à falta de preparação dos cuidadores para gerirem as alterações comportamentais da pessoa vítima de TCE:

“O estado confusional que o doente pode apresentar (...) o cuidador tem que se adaptar e conhecer estratégias (...).” E7

“Lidar com as pessoas que têm alterações de comportamento (...) acho que estas necessitam de maior capacitação do cuidador. Não é fácil lidar com doentes vítimas de TCE, muitos doentes ficam com alterações de comportamento, apresentam agitação e um comportamento muito irrequieto. É difícil a pessoa estar ali 24h a lidar com esses doentes (...) às vezes as pessoas falam mais alto e o próprio doente também altera o seu comportamento, tornando-se mais agressivo (...).” E15

Os sobreviventes de TCE, na sua maioria, ficam dependentes para o autocuidado, ou seja, apresentam uma ou várias limitações física, intelectual e/ ou psíquica, comprometendo, assim, a realização das suas atividades de vida diária. De acordo com a Associação Novamente (2014), das várias repercussões que podem advir do TCE, as alterações comportamentais e emocionais são comuns, estando presentes em 57% dos sobreviventes, quatro meses após a lesão.

Os resultados do estudo de Rassovsky et al. (2006, cit. por Rocha, 2012) sugerem que as dificuldades comportamentais são significativamente preditivas da status funcional, mais do que a própria gravidade da lesão, uma vez que as expectativas e a percepção da alteração têm um papel importante no estado emocional e comportamental após uma lesão cerebral. A inexistência de consciência em relação às suas dificuldades é geralmente permanente, comprometendo o processo de reabilitação (Flashman, Amador & McAllister, 2005).

Estas alterações comportamentais são frequentes nas pessoas vítimas de TCE, cabendo aos enfermeiros ensinar/instruir e treinar o cuidador acerca das estratégias a adotar para colmatar as lacunas de aprendizagem e prevenir a existência de complicações, nomeadamente, a recusa da readaptação funcional.

Após dotarmos os indivíduos de conhecimentos e habilidades é importante proceder à **avaliação de capacidades** (Quadro 5):

“Depois de realizar os ensinamentos, relativos e de acordo com a dependência do doente, avaliamos as necessidades que ele tem, posteriormente observamos se são capazes ou não e se estão ou não preparados.” E11

“É importante realizar os ensinamentos e ir avaliando (...) ver quais são as reais necessidades da família para continuar a incentivar os que têm mais dificuldade e de forma a que no momento da alta o, o cuidador se encontre preparado para levar o seu familiar para casa.” E13

Compete ao enfermeiro, nomeadamente ao enfermeiro especialista:

(...) a promoção da saúde, promovendo a autonomia e apoiando aqueles que terão que assumir o papel de cuidadores, através da avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica” (Diário da República, 2015, p.17242).

Quadro 5 - Avaliação de Capacidades

Categoria	Subcategorias
Avaliação de capacidades	Avaliação/ observação (E3, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E12, E13, E14)
	Reavaliação dos ensinamentos (E7, E11, E12, E13, E14)
	Reforço do ensino, instrução e treino (E7, E12, E13, E14, E15)

Esta avaliação de capacidades é feita através da **observação** como referiram a maioria dos participantes:

“(...) a avaliação parte muita da observação, parte muito daquilo que nós vemos. Corresponde à observação dos procedimentos que foram ensinados (...).” E7

“Eu vejo se ele faz ou não faz, através da observação, através do discurso, falando com ele e tentando perceber se ele tem necessidades ou se está a aprender.” E10

A avaliação/observação, subcategoria inserida nesta categoria, não é mais do que a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem (Diário da República, 2015) de forma a garantir que as capacidades foram apreendidas, assegurando a qualidade dos cuidados prestados pelo cuidador e o bem-estar da pessoa cuidada.

Ainda nesta categoria surge como subcategoria a **reavaliação dos ensinoss** e o **reforço do ensino, instrução e treino**. Estas duas subcategorias, apesar de distintas, estão intimamente ligadas, na medida em que, após reavaliarmos os ensinoss e avaliarmos as necessidades de ensino, reforçamos o mesmo através da instrução e do treino das capacidades. Assim sendo estas duas etapas são cruciais no processo de capacitação do cuidador.

A reavaliação dos ensinoss implica a avaliação contínua do cuidador e das suas capacidades e permite constatar se os ensinoss e os conhecimentos dados, anteriormente, foram assimilados e apreendidos.

Esta subcategoria foi referenciada por vários participantes:

“Depois de feitos esses ensinoss tornamos a avaliar (...) e verificamos se o ensino está a ser ou não eficaz (...).” E12

“É importante realizar os ensinoss e ir avaliando quais são as reais necessidades do familiar para continuar a incentivar os que têm mais dificuldade, para que no momento da alta, o cuidador se encontre preparado para levar o seu familiar para casa.” E13

Neste *continuum* é essencial a reavaliação dos ensinoss de forma a assegurar que as dificuldades sejam colmatadas e que a segurança e a qualidade dos cuidados sejam, também, asseguradas. Mediante o nível de conhecimentos e de capacidades dos cuidadores surge a necessidade ou não do **reforço do ensino, instrução e treino**, como podemos refletir através das narrativas dos participantes:

“(...) se for necessário vamos fazer um reforço daquilo que o cuidador não adquiriu ou não aprendeu e realizar novos ensinoss.” E12

“Perante as reais necessidades do familiar é preciso reforçar determinados procedimentos (...) e continuar a incentivar os que têm mais dificuldade.” E13

Como é referido nos padrões de qualidade do enfermeiro especialista, no processo de capacitação, o enfermeiro deve recorrer ao “ensino, a instrução e o treino da pessoa em situação crítica sobre a

adaptação individual requerida face à readaptação funcional” (Diário da Republica, 2015, Ordem dos Enfermeiros, 2015,p.17243).

Também Meleis (2007) é perentória ao afirmar que o enfermeiro deve facultar o conhecimento e promover as capacidades adequadas a cada pessoa, para que este encontre um sentido de mestria. A Mestria, definida por esta autora (2007), nos seus trabalhos iniciais, está relacionada com a implementação/suplementação do papel e a avaliação dos resultados em saúde.

Alguma da evidência disponível sobre a Mestria dá conta da complexidade deste conceito, associando as capacidades prévias e as capacidades adquiridas aquando da transição para o desempenho do papel (Meleis et al., 2000). À medida que as pessoas vão adquirindo um novo sentido de equilíbrio e o seu estado de Mestria indicará o nível com que atingiram uma transição saudável.

Como já referimos anteriormente, a maior parte das pessoas não planeou ser cuidador de um familiar dependente (Kerr & Smith, 2001). A dependência provocada por um TCE surge de forma repentina, direcionando a prestação de cuidados de enfermagem para o cuidador, com vista à obtenção de uma transição saudável (Zagonel, 1999, p. 27).

Inerente ao processo de transição saudável é determinante reconhecer e suprimir, de forma antecipatória, fatores dificultadores deste processo, também designado de **barreiras percebidas** (Quadro 6). Após a análise do *corpus documental* chegámos às seguintes subcategorias: **não-aceitação da nova condição de saúde; alterações emocionais do cuidador /desempenho de um novo papel; falta de informação e compreensão da informação dada; adaptação às alterações familiares, emocionais e socio económicas; falta de disponibilidade do cuidador; referenciação para a RNCCI e outras instituições; falta de disponibilidade do enfermeiro; modelo de gestão dos cuidados e relação com o cuidador.**

Quadro 6 - Barreiras Percebidas

Categoria	Subcategorias
Barreiras percebidas	<p>Não-aceitação da nova condição de saúde (E1, E3, E6, E7, E13)</p> <p>Alterações emocionais do cuidador /Desempenho de um novo papel (E3, E4, E6, E8, E10, E11, E13, E14)</p> <p>Falta de informação e compreensão da informação dada (E1, E2, E3, E4, E6, E9)</p> <p>Adaptação às alterações familiares, emocionais e socio económicas (E4, E7, E8, E10, E12, E13, E14, E15)</p> <p>Falta de disponibilidade do cuidador (E2, E5, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15)</p> <p>Referenciação para a RNCCI e outras instituições (E2, E4, E5, E10, E11, E12, E14, E15)</p> <p>Falta de disponibilidade do enfermeiro (E1, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E14)</p> <p>Modelo de gestão dos cuidados (E1, E2, E3, E4, E7, E13)</p> <p>Relação com o cuidador (E4, E7, E13)</p>

A primeira subcategoria identificada foi a **não-aceitação da nova condição de saúde**, ou seja, é importante que os cuidadores compreendam e integrem a nova condição de saúde, assim como, as alterações decorrentes do evento gerador de dependência:

“(...) a maior dificuldade tem a ver com a aceitação da parte do familiar (...) de aceitar e começar a colaborar, perceber que aquela situação (se calhar) vai ser uma situação irreversível (...) adaptação à nova vida que vão ter.” (E6)

“Para além disso, o outro entrave é eles (cuidadores) aceitarem a nova condição do doente (...) muitas vezes são doentes independentes que ficam muitas vezes totalmente dependente ou parcialmente dependentes.” E13

A aceitação da nova condição de saúde, segundo a teoria das transições de Meleis, corresponde ao conhecimento ou consciencialização, ou seja, ao reconhecimento por parte da pessoa acerca da experiência da transição que está a vivenciar. A não tomada de consciência significa que a pessoa não está sujeita à mudança. O nível da consciencialização reflete-se na congruência entre o que a pessoa conhece acerca do processo e, também, nas expectativas individuais que, poderão estar de acordo com experiências de transição passada (Meleis et al., 2000; Meleis et al., 2010).

A aceitação da nova condição de saúde é um processo mais ou menos longo, necessita de algum tempo para se concretizar, dependendo das particularidades da personalidade de cada pessoa. A partir de uma situação de crise, reconstrói-se uma nova identidade. Na desconstrução e (re)construção da mesma, intervêm fatores como a força interior e a sociedade. A vivência com os outros (família e grupo de amigos) produz inevitavelmente mudança (Lobão, Gaspar, Marques & Sousa, 2009).

Sendo esta uma propriedade importante e para que o processo de transição ocorra de forma saudável e ajustada, compete ao enfermeiro promover a aceitação do estado de saúde acerca da gestão da doença (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A subcategoria **alterações emocionais /desempenho de um novo papel do cuidador** é considerada uma barreira percebida, uma vez que a aquisição de um novo papel representa para o cuidador alterações emocionais, dificultadoras do processo de capacitação:

“(...) para a família é sempre um choque e uma tristeza ver o doente diferente do que estava, não é?! Acho que isso (dependência) e o medo fazem com que (às vezes) tentem negar um bocadinho a realidade (...).” E3

“(...) é natural que os sentimentos sejam de recusa e de negação e que vão diminuindo ao longo do internamento, com a nossa ajuda (...) a negação como já disse (...).” E6

“(...)o não querer desempenhar esse papel e o terem medo, visto ser uma situação nova, que exige das familiares novas competências (...).” E14

Para o desempenho do papel de cuidador é necessário que durante o processo de transição o cuidador aceite a nova condição de saúde da pessoa vítima de TCE e emocionalmente se envolva no processo de capacitação de forma a permitir uma transição saudável. Para Meleis (2010) um processo de transição pressupõe processos cognitivos, comportamentais e interpessoais que traduzem os acontecimentos que decorrem durante este processo. Durante o ciclo de vida de uma família estão inerentes mudanças e transições que, mesmo consensualmente reconhecidas como fazendo parte do seu ciclo de vida, tais como casamento ou o nascimento de um filho, são geradoras de algum stress e fazem-se acompanhar, por vezes, de alguma desordem e risco para a família (Martins, 2002). Contudo, nem sempre a pessoa por si só consegue desenvolver estratégias que a ajudem a ultrapassar o problema, seja por incapacidade ou por fatores relacionados com o contexto, conduzindo ao stress (Bastos, Quesado, Padilha, Ferreira & Kraus, 2005).

A nível físico e psicológico, os cuidadores informais experienciam mais stress, depressão, ansiedade e problemas de saúde físicos quando comparados com os não cuidadores da mesma idade (Davis et al. 2011). Também, Piyagong (2014) refere que os cuidadores enfrentam um desafio pela incerteza da doença do familiar, bem como lidar com o sofrimento pessoal.

Para a Life After Care (2010), os cuidadores apresentam não só pior saúde, mas também enfrentam custos significativos como a perda de rendimentos ou de tempo para a manutenção de relações sociais. Ao nível social, os cuidadores informais, em consequência da necessidade de cuidar podem experienciar pobreza, isolamento, limitação da sua participação social e em atividades de lazer (Lamura et al., 2007). A sobrecarga dos cuidadores de pessoas vítimas de TCE aumenta ao longo do tempo, por experienciarem sentimentos de isolamento e de solidão e, por conseguinte, a qualidade de vida dos cuidadores diminui (Friborg et al., 2017; Mar et al., 2011).

Os cuidadores de pessoas vítimas de TCE prestam cuidados complexos, afetando positiva e negativamente os seus domínios de saúde social (44%), saúde emocional (40%) e saúde física (12%). No reportar aos problemas sociais, Carlozzi e colaboradores apontam, como principais problemas os financeiros, bem como as alterações no seu sistema social e familiar. Em relação à saúde emocional, os cuidadores sugerem sobrecarga, sentimentos de perda, depressão, ansiedade e hipervigilância, como alterações emocionais mais frequentes (Carlozzi et al., 2015).

Nesta perspetiva, cabe ao enfermeiro assegurar o bem-estar do cuidador promovendo “a gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família.” (Diário da Republica, 2015, Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.17242), permitindo que sentimentos como insegurança, medo, negação, angústia e tristeza, entre outros, possam ser vivenciados e ultrapassados com normalidade. De acordo com os estudos o bem-estar do cuidador afeta tanto a sua capacidade como a vontade de cuidar, assim sendo cuidadores saudáveis podem transmitir efeitos protetivos na saúde da pessoa cuidada. (Dillahun-Aspillaga et al., 2013).

Outra barreira percebida é a **falta de informação e a compreensão da informação dada**, ou seja, como já referimos anteriormente na categoria dotar de conhecimentos, é importante informar a pessoa sobre a nova condição de saúde do familiar, como é referido por alguns enfermeiros:

“(...) Primeiro é importante perceberem o que se passou realmente com o doente e o que é que isso mudou, muitas vezes as alterações de comportamento. Por vezes é difícil explicar e o que podemos fazer para tentar minimizar as consequências (...).” E1

Os enfermeiros, no cumprimento do exercício profissional, avaliam se a informação dada foi compreendida pelos cuidadores informais.

“(...) eles perceberem o que se está a dizer (...) para nós é tudo muito simples, não é?!(...) portanto estamos habituados a fazer todos os dias, e eles compreenderam realmente como é que têm de fazer as coisas?!” E2

“(...) algumas pessoas têm alguma dificuldade na aprendizagem, em assimilar esses ensinamentos.” E9

Cabral e colaboradores (2010) consideram que o processo de capacitação do cuidador implica cuidar da pessoa dependente nas diferentes dimensões: física, social, cultural e espiritual. Para tal, é necessário que o enfermeiro estabeleça uma relação terapêutica com o cuidador, de entreajuda, promovendo e facilitando o processo de transição.

Enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros assumem particular relevância na transmissão da informação que os cuidadores necessitam no processo de tomada de decisão. No estudo realizado por Fernandes e Angelo (2016), os cuidadores referem que as orientações e as informações recebidas não foram suficientes para a prestação de cuidados seguros e que, talvez, possam ter contribuído para aumentar os receios aquando da prestação de cuidados.

Ao abordarmos as barreiras percebidas ao longo do processo de capacitação do cuidador da pessoa vítima de TCE surge, inevitavelmente, a **adaptação às alterações familiares, emocionais e socioeconómicas** associada à prestação de cuidados, como podemos constatar pelos relatos dos participantes:

“(...) esta tarefa de cuidar tem muitas alterações a nível da vida pessoal do cuidador (...) gastos económicos, esforço físico, o cuidador vai ter muitas tarefas que até então não eram competência dele (...)” E7

“A pessoa para vir aprender está muitas vezes a trabalhar e torna-se difícil coordenar com a vida familiar (...)” E10

“O facto das famílias serem mais pequenas e, na maioria das vezes, todos os membros trabalharem, torna mais difícil cuidar de um familiar dependente. (...) a falta de tempo e a disponibilidade do cuidador, pois acarreta para este um esforço aumentado (...) ele tem de manter a sua vida, emprego etc., e cuidar de um novo membro dependente.” E14

Esta subcategoria pode ser enquadrada na Teoria de Meleis como a mudança e a diferença. A mudança é também uma propriedade importante no processo das transições e não pode ser entendida como sinónimo de transição (Meleis et al., 2010). Todas as transições envolvem mudança, mas nem toda a mudança implica transição (Levine 1967, cit. por Meleis et al., 2010). Todavia, é relevante que num processo de transição se compreenda as consequências da mudança. Estas podem ser analisadas atendendo à natureza e à interpretação dada à transição, através das expectativas pessoais, familiares e sociais. As mudanças apresentam-se como eventos desequilibradores e de rotura do quotidiano, das relações interpessoais, sendo consideradas nefastas para a identidade da pessoa dependente e da família (Meleis et al., 2010).

A passagem dos membros das famílias para o exercício do papel de cuidadores é uma tarefa nova que perturba a dinâmica familiar. O sentimento de ser responsável pelos cuidados globais à pessoa cuidada representa uma característica fundamental da experiência dos cuidadores, estruturando várias necessidades. A necessidade de tentar gerir outras atividades, em simultâneo, gera sobrecarga. Ao papel de cuidador(a) acresce a multiplicidade de papéis previamente existentes que impedem a assunção deste novo papel, pela dificuldade inerente à gestão do tempo e aos conflitos relacionados com o desempenho de outros papéis. Torna-se um desafio para os cuidadores conciliar o papel de cuidador(a) familiar com a manutenção dos diversos papéis e relações sociais, podendo originar tensão e conflito (Fernandes & Angelo, 2016).

Neste sentido é fundamental que os enfermeiros reforcem as capacidades e as competências das famílias de forma a poderem conciliar as obrigações da vida profissional com a prestação de cuidados

à pessoa dependente (Decreto de lei nº101/2006, p. 3056). Pretende-se, desta forma, a promoção da adaptação às alterações familiares, emocionais e socioeconómicas.

Surge aqui, também, a importância do Estatuto do Cuidador Informal, para que seja possível conciliar a atividade profissional com a vida familiar, através de licenças e de maior flexibilidade no horário de trabalho, de benefícios/incentivos fiscais, de capacitação do cuidador informal, de facilitação do acesso do cuidador informal a benefícios e apoios sociais e da saúde nomeadamente, no apoio para descanso do cuidador e aconselhamento, garantindo ao cuidador que não se encontra sozinho neste processo, minimizando os aspetos negativos e potencializando os positivos de forma a promover o ato de cuidar (Alves & Teixeira 2017).

Ainda inserida nesta categoria emergiu a **falta de disponibilidade do cuidador**, intrinsecamente associada às dificuldades de adaptação, às alterações familiares, emocionais e socioeconómicas:

“(...) não terem tempo para adquirir competências ou para cuidar (...) não têm tempo para cuidar dos doentes por exemplo, ou porque trabalham (...)” E2

“(...) também a falta do tempo do cuidador, o facto de trabalhar, ter um emprego e ter pouca disponibilidade (...)” E9

“(...) a família trabalha e não tem disponibilidade para estar com aquele doente, que quando for para casa vai precisar de vigilância, muitas vezes de apoio nas atividades de vida diária (...) as pessoas não têm disponibilidade (...)” E10

“Depois, também temos a disponibilidade do cuidador, o cuidador também acaba por começar a desempenhar um novo papel e tem que adequar todas as responsabilidades que tinha até aí com o novo papel (...)” E13

Para que a capacitação ocorra é necessário que o cuidador tenha disponibilidade e que haja envolvimento na assunção do papel. Um processo de transição pressupõe envolvimento, ou seja, um ajustamento do indivíduo ao processo a que está a ser sujeito, demonstrado perante as atitudes que a pessoa adota, como procurar informação, modificar o ambiente, planear estratégias, demonstrar uma postura pró-ativa. O grau de envolvimento de uma pessoa que está a vivenciar uma transição física, emocional, social ou ambiental está inerente ao nível de consciência que tem acerca da transição, do estado de saúde e dos recursos disponíveis (Meleis et al., 2010).

Devemos salientar que apesar da vontade inequívoca que muitas famílias demonstram em cuidar dos seus familiares, a mudança e a sobreposição de papéis, sobretudo vivenciados por mulheres representam desafios atuais às famílias para assegurar a crescente complexidade e continuidade dos cuidados (Fernández-Ballesteros & Caprara, 2003; Lage, 2007), e aos enfermeiros, na

responsabilidade que lhes cabe em serem facilitadores de transições saudáveis, nas quais a saúde e o bem-estar percebido são o resultado (Meleis, 2010).

Ainda inserido nesta categoria como barreira percebida, surge como subcategoria a **referenciação para a RNCCI e outras instituições**. Este fato leva a que o processo de capacitação não aconteça, ou não se realize na plenitude, como referem os participantes do estudo:

“(...) o facto de haver muitas possibilidades na comunidade, de determinadas instituições (...) o cuidador entende como o caminho mais fácil.” E12

Os cuidadores encontram na RNCCI e em outras instituições uma forma de adiar a aprendizagem de capacidades:

“Existem poucos familiares empenhados em levar os seus familiares para casa, sendo na maioria dos doentes encaminhados para a rede (...).” E5

“(...) é cada vez mais frequente e as pessoas acabam sempre por procurar formas de despejar o doente numa unidade ou num lar.” E10

“Por outro lado, hoje em dia, as ofertas da comunidade são muitas, temos centros de dia, lares, famílias de acolhimento, cuidados continuados, o que leva a que, muitas vezes, os cuidadores vejam nestas ofertas uma opção (...).” E14

A RNCCI e outras instituições de apoio a pessoas dependentes permitem que o cuidador obtenha o apoio que muitas vezes eles não querem dar, e a outros o apoio que por vários motivos não podem dar. Contudo, na maioria das vezes são vistos como um escape para cuidar das pessoas vítima de TCE, sendo uma dificuldade percebida pelos enfermeiros. Meleis refere que as condições comunitárias assumem os recursos que uma comunidade garante para facilitar (suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas, os modelos de papéis e as respostas a dúvidas) ou inibir (insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação das sessões de educação para a saúde, suporte inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros) o decorrer das transições (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010).

A **falta disponibilidade do enfermeiro** foi colocada nesta categoria como barreira percebida, muitos enfermeiros referiram pouca disponibilidade, na maioria das vezes por falta de tempo, para concretizar o processo de capacitação de forma eficiente. As narrativas sustentam a falta de disponibilidade dos enfermeiros:

“é o tempo, não temos tempo suficiente para fazer um ensino como devia de ser (...) precisávamos de mais tempo para estar com a pessoa que não é possível.” E7

“(...) as dificuldades, são algumas, no que diz respeito a nós enfermeiros, claro que temos dificuldade de tempo, mediante o trabalho que temos escalado e as nossas prioridades, efetivamente os ensinamentos, o enquadramento do cuidador fica um bocadinho esquecido entre aspas, porque efetivamente não temos disponibilidade para tal, a nossa disponibilidade inicialmente.” E13

“Em primeiro lugar é a nossa disponibilidade de tempo, infelizmente nós enfermeiros não temos a disponibilidade desejada para acompanhar estes cuidadores e estes doentes, visto que é um processo longo demorado e que requer tempo e disponibilidade.” E14

Os enfermeiros segundo o parecer da ordem dos enfermeiros:

(...) constituem um recurso essencial na identificação e intervenção em doentes/famílias/cuidador em situações de maior complexidade e como suporte da equipa através da consultadoria, objetivando: melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos doentes (...) promoção da aceitação do estado de saúde; promoção de ações de formação individual ou em grupo por forma a ampliar o nível de conhecimento e a capacitação dos utentes/famílias/cuidador acerca da gestão da doença; desenvolvimento de investigação e utilização de estratégias baseadas na evidência científica, para a capacitação da equipa, dos doentes, famílias e cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, Parecer nº12, 2014, p.3).

Os enfermeiros constituem um recurso essencial no processo de capacitação, a sua disponibilidade é afetada por alguns motivos mencionados como a falta de tempo, sobrecarga de trabalho e a dotação de enfermeiros, dificultando o acompanhamento do cuidador ficando este muitas vezes condicionado. É importante assegurar a dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Como refere Carneiro (2009), através da utilização adequada dos meios materiais e técnicos as pessoas (recursos humanos) deverão empenhar-se em atingir a missão principal das organizações de saúde, ou seja, a prestação de cuidados de saúde de qualidade à população. Estes fatos foram descritos pelos enfermeiros ao longo das entrevistas:

“(...) também termos mais enfermeiros que possam dar esse apoio no domicílio.” E4

“Primeiro de tudo mais enfermeiros por serviço, que isso significa que teríamos mais tempo para aquele doente.” E11

“... efetivamente termos um rácio maior de enfermeiros poderia acarretar para nós mais disponibilidade de tempo.” E13

“Claro que tudo seria mais fácil se o número de enfermeiros por turnos fosse maior, de forma a permitir que a nossa disponibilidade de tempo para estes doentes e respetivos cuidadores fosse maior.” E14

A disponibilidade dos enfermeiros é crucial para que este processo ocorra de forma saudável. Meleis (2010) considera que os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos clientes e das

famílias que vivenciam transições, intervindo sobre as mudanças e as exigências que se refletem no cotidiano das mesmas. A não disponibilidade dos enfermeiros compromete o processo de capacitação e, conseqüentemente, de uma transição saudável.

Uma outra barreira percebida foi o **modelo de gestão dos cuidados**, este fator está relacionado com o planeamento dos cuidados de enfermagem:

“(...) se calhar devíamos fazer mais ensino à família, durante mais tempo e mais vezes (...) orientar melhor essa parte e planejar melhor essas intervenções, porque nós fazemos ensinamentos, mas raramente passamos a informação entre nós (enfermeiros) o que fizemos e o que falta fazer (...) se calhar isso deverá ser melhor planeado.” E1

“(...) é a gestão de tempo tendo em conta a gestão de prioridades que nós temos que fazer durante o turno.” E3

“(...) da nossa parte teria que haver mais tempo (...) se calhar, orientarmo-nos de outra forma a dar resposta a estas pessoas (...)” E4

A carga de trabalho efetiva dos enfermeiros condiciona os ensinamentos, dá-se primazia às necessidades imediatas, adiando os ensinamentos para segundo plano. Assim, por falta de tempo, as prioridades dos enfermeiros são a realização dos cuidados imediatos, essenciais e vitais ao bem-estar do doente, ficando a capacitação do cuidador relegada para quando houver disponibilidade, como é possível constatar através deste relato:

“(...) claro que temos dificuldade de tempo, mediante o trabalho que temos escalado e as nossas prioridades, são os cuidados essenciais e, o enquadramento do cuidador fica um bocadinho esquecido entre aspas (...).” E13

Segundo o Relatório “Um futuro para a saúde” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014, p.28) “o sistema nacional de saúde deve ser centrado nas pessoas e baseado em equipas. São necessários novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos, com especial ênfase: gestão de doenças crónicas e o desenvolvimento de mais serviços de apoio domiciliário e de proximidade (...)”

Na gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e face às situações e ao contexto tem em conta a gestão dos recursos visando a otimização da qualidade dos cuidados. Esta é considerada uma barreira, que tal como a disponibilidade dos enfermeiros, pode ser colmatada através do aumento da dotação de enfermeiros por turno, aumentando a sua disponibilidade e permitindo uma melhor gestão dos cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ainda inserida nesta categoria, e por último, temos a **relação com o cuidador**. Alguns participantes referem que a relação prévia entre o cuidador e a pessoa vítima de TCE é importante na aquisição do papel.

“(...) que tipo de relação tem com o utente (...) e são pessoas que vivem com estes utentes e estão habituadas a estar com eles é uma coisa, se não vivem, o apoio em si e o cuidado diário, o estar presente, já é uma dificuldade.” E4

“(...) e tentamos identificar qual o familiar que se identifica mais com o doente e com quem tem maior influência/empatia. (...) Por outras vezes as relações familiares anteriores, o que vai ser neste momento cuidador não tem qualquer tipo de relação com o doente e aí temos que perceber este contexto de relação que também é importante para o processo do cuidar.” E13

A relação que o cuidador tem com a pessoa dependente é extremamente importante para o estabelecimento de uma relação de ajuda e para o envolvimento na preparação da alta. É necessário que o cuidador se envolva no processo de cuidados, pois quando isto acontece há mais interação entre cuidador-enfermeiro, no sentido de mais questionamento e mais esclarecimento de dúvidas. Normalmente, o cuidador é alguém com uma relação afetiva com a pessoa dependente, e que se assume como responsável pela organização, assistência e/ou prestação de cuidados (Alves & Teixeira, 2016; Santos 2005). A este propósito Fratezi e Gutierrez (2011) consideram que o ambiente familiar é facilitador do tratamento diferenciado ao familiar dependente, pois possibilita o surgimento de relações solidárias e responsáveis, promovendo também a continuidade do suporte técnico, adicionado à segurança, à companhia, aos cuidados, ao carinho e ao afeto oferecidos pela família.

Na opinião de Silva (2008, p. 23) cuidar de uma pessoa dependente “(...) implica uma relação interpessoal, que inclui comportamentos e sentimentos, nomeadamente o assistir, o ajudar, o ouvir, o respeito, o estar ao serviço de, mostrar capacidade de empatia em relação às experiências e individualidade do cliente.” Como podemos compreender se não existir uma relação do cuidador com a pessoa vítima de TCE, o processo de capacitação na maioria das vezes não acontece, constituindo uma barreira neste processo.

Após a análise dos dados recolhidos constatou-se que para além das barreiras percebidas, os participantes referiram que existem fatores que podem influenciar positivamente o processo de capacitação do cuidador, fatores esses que designamos por **potencializadores percebidos** (Quadro 7), esta categoria é importante pois se esses fatores estiverem presentes permitem que o processo capacitação ocorra de forma mais célere e eficaz.

Quadro 7 - Potencializadores Percebidos

Categoria	Subcategorias
Potencializadores percebidos	Relação de ajuda (E3,E6,E7,E13, E14) Disponibilidade e perícia do enfermeiro (E1,E2,E3,E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14) Disponibilidade para cuidar (E2, E3, E4, E5, E6, E8, E15) Aprendizagem adequada às necessidades (E3, E4, E8, E10 E12, E15) Apoio socioeconômico familiar e comunitário (E4, E5, E6, E7, E10, E13,E14, E15) Continuidade de cuidados pós-alta no domicílio (E1,E4, E5, E11, E12,E13, E14, E15)

Muitas subcategorias, referenciadas na categoria anterior, como barreiras percebidas, encontram uma correspondência analógica, designada de potencializadores percebidos, como podemos constatar no Quadro 8.

Quadro 8 - Analogia entre as barreiras percebidas e os potencializadores percebidos

Categorias	Barreiras percebidas	Potencializadores percebidos
Subcategorias	Falta de disponibilidade do enfermeiro	Disponibilidade e perícia do enfermeiro Relação de ajuda
	Falta de disponibilidade do cuidador	Disponibilidade para cuidar
	Falta de informação e compreensão da informação dada	Aprendizagem adequada às necessidades
	Adaptação às alterações familiares, emocionais e socio econômicas	Apoio socioeconômico familiar e comunitário Continuidade de cuidados pós-alta no domicílio

Na categoria **potencializadores percebidos** emerge como subcategoria a **relação de ajuda**, compreendida pelos enfermeiros como essencial no processo de capacitação:

“Se o cuidador sentir confiança e se sentir apoiado na equipa de enfermagem (...) e promovendo esses sentimentos de confiança, as intervenções que o cuidador vai realizando diariamente connosco e com a nossa ajuda vai permitir adquirir essas competências mais eficazmente.”E6

Esta relação de ajuda é importante para que o cuidador se sinta confiante e mais seguro na prestação de cuidados e para que o enfermeiro possa avaliar as reais necessidades do cuidador. Como referem alguns participantes:

“Estabelecer uma relação mais empática para que o cuidador se sinta mais seguro na prestação dos cuidados ao doente.”E13

“Através da sua relação de proximidade é possível avaliar as reais necessidades do cuidador, quer no hospital, quer no domicílio.”E14

Este fato é corroborado pelo parecer da Ordem dos Enfermeiros ao referir que o papel do enfermeiro é crucial na:

(...) avaliação e intervenção a nível do impacto da doença no doente, família e cuidador, constitui-se como uma mais-valia nomeadamente no âmbito da relação terapêutica (...) o enfermeiro através de criação de um ambiente de confiança, solidariedade e capacitação

coadjuva a intervenção da equipa na consecução dos cuidados apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.3)”.

O estabelecimento de uma relação de ajuda é fundamental, trata-se de uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento de apoio. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la e abrir-se à mudança e à evolução pessoal de forma a tornar-se mais autónoma (Phaneuf, 2005).

Na perspetiva de Peplau (1990), citado por Lopes (2006, p.21), o papel relacional do enfermeiro consiste em ajudar a pessoa a recordar e a compreender na globalidade o que lhe está a acontecer, de modo que a experiência possa ser integrada no contexto da sua vida. O enfermeiro deve desenvolver relações interpessoais, individuais e devidamente estruturadas através de um processo faseado: orientação; identificação; exploração e resolução, durante o qual se tentará ajudar a pessoa a: observar; descrever e analisar o seu comportamento; formular as ligações resultantes dessa análise; validá-las com os outros; testar novos comportamentos; integrar estas aprendizagens num comportamento novo e mais satisfatório e; usar esses novos comportamentos em diferentes situações.

No que reporta à **disponibilidade e mestria do enfermeiro**, esta unidade de registo, é considerada uma mais-valia pelos participantes, como tal um potencializador no processo de capacitação:

“(...) e termos mais disponibilidades (...) termos mais disponibilidade para ensinar.”E2

“Para mim, acho que tudo seria melhor se tivéssemos mais tempo disponível para capacitar o cuidador, respeitando o tempo de cada um (...).” E3

“Essencialmente o tempo que temos para estas coisas é sempre muito escasso (...) é preciso maior disponibilidade para o enfermeiro realizar os ensinamentos.”E10

“ (...) Precisamos de mais enfermeiros para nós termos mais disponibilidade de tempo.”E13

Estas narrativas sustentam o argumento da necessidade de maior disponibilidade por parte dos enfermeiros, visando um acompanhamento adequado e a facilitação dos processos de transição experimentados pelos cuidadores. Estes dados são corroborados pelos estudos desenvolvidos por Meleis e Trangenstein (2010) e Zagonel (1999).

Riley (2004) é de opinião que “o cuidar” representa um ideal que orienta a prática profissional dos enfermeiros no processo de prestação de cuidados e, quando baseado em conhecimentos, traduz um elevado nível de empenhamento. Os enfermeiros necessitam deste comprometimento para dar resposta às diferentes situações com as quais se deparam na sua prática profissional. Para tal, têm de equacionar em simultâneo uma série de variáveis complexas: equacionar-se a si próprios enquanto

pessoa e profissional; equacionar o contexto e o objeto da sua ação com as suas características próprias. A esta capacidade complexa e dinâmica de resposta diversos autores chamam competência (Collière, 1989; Benner, 2005; Phaneuf, 2005).

Ao longo das narrativas faz-se alusão à importância da permanência de um enfermeiro responsável pelo processo de capacitação dos cuidadores aquando do internamento, devido não só à proximidade que estabelece com o cuidador mas também pelo nível de **perícia do enfermeiro** que desempenha esta função. Assim, podemos verificar nos dados recolhidos:

“(...) e haver alguém mais, no serviço mais disponível como um enfermeiro de referencia para que os ensinamentos sejam sempre mais orientados e mais acompanhados, às vezes a falta de tempo do pessoal também não é o melhor, porque não se dá aquela atenção. Se existir essa pessoa responsável de certeza que os ensinamentos que são mais eficazes e as dificuldades serão menores e se calhar consegue-se detetar mais depressa as dificuldades e reforçar os ensinamentos nessas limitações que eles têm.”E12

“No nosso serviço seria importante a implementação de um enfermeiro de referência talvez que divulgue e participe nos ensinamentos todos, isto para que, para haver um fio condutor ou seja, a pessoa inicia o ensino, vê as necessidades do familiar e consegue ter uma perceção do progresso e das dificuldades que aquele cuidador está a sentir. E esse processo seria realizado até ao final do internamento com esse enfermeiro.”E13

“(...) seria importante que existisse no serviço um enfermeiro de referência que fosse responsável por este processo de capacitação, que fosse ele que iniciasse os ensinamentos, treina-se o cuidador e avalia-se as suas dificuldades, os seus progressos e se efetivamente ele estava apto para cuidar.” E14

“(...) a prestação de cuidados requer do enfermeiro uma cumplicidade de conhecimentos e quanto mais capacitado este for mais benefício terá o doente na sua recuperação.” (E6)

Este enfermeiro perito, segundo Benner (2005) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado não necessita de se apoiar em princípios analíticos. Estes têm uma grande capacidade de adaptabilidade, pelo que, utilizam e adequam experiências concretas do seu passado profissional em situações idênticas atuais. A mesma autora acrescenta que, cada vez mais é admitido que a proximidade global do enfermeiro ao doente, permite ter em conta os efeitos do stress e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura. Para além disso, as funções educativas, relacionais e as observações do enfermeiro têm um papel maior na readaptação do doente e na promoção da saúde.

Neste caso concreto, como refere Kivunja, River e Gullick (2018, p.1323), os enfermeiros que lidam com pessoas de vítimas de TCE e seus familiares necessitam “de habilidades clínicas e competências

apropriadas para compreender e abordar o cuidado (...)” cuidar destes destas pessoas e famílias é uma tarefa complexa e requer habilidades e competências especializadas.

Contudo para que o processo de capacitação ocorra é necessário **disponibilidade para cuidar**, ou seja é importante que o cuidador tenha disponibilidade para cuidar, como foi mencionado pelos enfermeiros entrevistados:

“Se a pessoa estiver mais presente consegue-se espaçar mais no tempo e vai-se ensinando uma vez até numa alimentação ensina-se, noutra não se ensina, mas vai-se ensinando quando são pessoas menos presentes que vão levar na mesma os doentes na mesma para casa, marca-se dias específicos para o fazer. Comprar-lhes tempo, como se pode melhorar as intervenções para promover a capacitação do cuidador (...).” E2

“É assim a maior parte deles demonstra vontade e capacidade de aprender e disponibilidade (...) Mas de uma forma geral acho que todos os que querem aprender tem bons resultados.” E8

Como já referimos anteriormente e à luz da teoria de Meleis esta disponibilidade para cuidar não é mais do que envolvimento que é pressuposto numa situação de transição ou seja, não é mais do que o ajustamento do indivíduo ao processo ao qual está a ser sujeito, demonstrado através das atitudes que a pessoa adota como procurar informação, modificar o ambiente, planear estratégias, demonstrar uma postura pró-ativa. (Meleis et al., 2000 ; Meleis et al., 2010)

Só este envolvimento vai permitir cuidar, que na perspetiva de Hesbeen (1997, p.37) “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”. Tendo isto como base a disponibilidade para cuidar do cuidador é um fator muito importante para que a sua capacitação ocorra de forma eficiente.

Ainda nesta categoria dos potencializadores percebidos identificamos como subcategoria a **aprendizagem adequada às necessidades**. A maioria dos enfermeiros entrevistados referiu a importância de adequar o ensino às necessidades sentidas como podemos corroborar com as seguintes unidades de contexto:

“(...) mais tempo para eles treinarem, não é só ensinar, a pessoa pode não ter compreendido e só com o treinar é que vamos saber onde existem lacunas para resolvermos e para ensinarmos e insistirmos naquele tema (...).” E8

“Da nossa parte acho que nós não podemos fazer muito mais, nós já planeamos os ensinamentos, já falamos com a família, tentamos adequar o máximo possível ao familiar.” E10

“ (...) facilitando a participação dos familiares nos autocuidados, fazer e planejar os ensinamentos tendo em conta as necessidades do próprio doente.” E13

O processo de capacitação do cuidador deve ser planeado e organizado de acordo com as reais necessidades da pessoa dependente e do cuidador. É imprescindível ao enfermeiro conhecer o cuidador de modo a adequar o ensino às suas particularidades, capacidades e expectativas (Cabral et al., 2010; Carvalho & Carvalho, 2006). Para tal, é necessária disponibilidade do cuidador não só para que o enfermeiro estabeleça com este uma relação de ajuda, mas também para que este possa executar os cuidados adequadamente e o enfermeiro possa certificar-se de que este efetivamente apreendeu o que lhe foi ensinado, corrigindo se necessário, reforçando este ou aquele aspeto ou esclarecendo dúvidas.

O período de transição é visto como um período de grande importância na aprendizagem de competências para a quantidade de cuidados necessária ao destinatário. Para cuidar de forma independente, o cuidador(a) necessita de se apropriar de novos conhecimentos e habilidades no domínio dos autocuidados para satisfazer todas as atividades de vida diária (Fernandes & Angelo, 2016)

No que diz respeito aos potencializadores percebidos, foi criada como subcategoria o **apoio socioeconómico familiar e comunitário**, este surge pois um cuidador que se sente apoiado aos vários níveis apresenta uma maior disponibilidade para integrar o processo de capacitação, corroborando este fato os dados recolhidos referem:

“ (...) a nível social era preciso haver uma perspetiva diferente da necessidade que os idosos têm cada vez mais, de apoios. As pessoas que ficam totalmente dependentes que quando há um familiar doente que precise da família o trabalho, o trabalho, o próprio emprego, devia ter e permitir disponibilidade adequada ao familiar, para o familiar poder cuidar, para mim este é o principal.” E10

“Forneço também informação sobre meios técnicos e ajudas bem como algumas instituições que prestem serviços na comunidade, normalmente encaminhamos para a assistente social, há uma associação que eu recentemente tive conhecimento que é a associação Novamente que dá apoio aos cuidadores, promove encontros mensais, troca de experiências, apoio emocional ao próprio doente e à família e onde há também uma transmissão de testemunhos e apoio à inserção social. (E6)

“ (...) as pessoas não têm grande conhecimento das ajudas que podem obter a nível social, apesar de isso também é uma função nossa tentar ajudar e informar dessas ajudas que eles podem ter.” E15

“(...) dar também a conhecer ao cuidador o que existe na comunidade dentro da nossa capacidade e aquilo que conhecemos que possa ajudar no processo do cuidar.” E7

“Após esta entrevista também confirmamos se os familiares dão apoio ou não, e se não acabamos por ativar os meios da comunidade: assistente social, e as ofertas da comunidade.” E13

O enfermeiro enquanto agente capacitador deve realizar “a divulgação dos recursos da comunidade para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica” (Diário da República, 2.^a série — N.º 123 — 26 de junho de 2015, p.17243), para que tanto o cuidador como a pessoa vítima de TCE possam usufruir dos recursos da comunidade visando a promoção da saúde e o bem-estar de ambos.

À luz da Teoria de Meleis este fato enquadra-se pois Meleis (2010) admite que existem condições facilitadoras e inibidoras que se dividem principalmente em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais. Segundo esta teórica as condições comunitárias assumem os recursos que uma comunidade garante para ajudar ou impedir o decorrer das transições (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010).

Os apoios formais são determinantes para uma transição eficaz para o papel de cuidador, pois a partir deles é possível obter informações de saúde, suporte profissional e redes de apoio comunitário. As necessidades sociais, a rede de apoio para cuidadores e o apoio económico e estrutural, são essenciais evidenciando a importância de apoios formais (Fernandes & Angelo, 2016).

Assim, o conhecimento do ambiente social no qual o cliente está inserido é por isso absolutamente importante para os enfermeiros, pois permite-lhes desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade (Schumacher & Meleis, 2010).

Por fim, a última subcategoria que emergiu desta categoria é a **continuidade de cuidados pós-alta no domicílio**. A maioria dos participantes atribuiu relevância à continuidades de cuidados a prestar aos cuidadores informais, após a alta hospitalar. As narrativas abaixo confirmam-no:

“E eu acho que deveríamos fazer uma melhor articulação com os centros de saúde para haver um maior apoio no domicílio (...).” E4

“As dificuldades, na maioria das vezes surgem em casa (...) é fundamental a comunicação entre enfermeira de família e os apoios que possam ter no domicílio.” E5

“(...) realizar visitas domiciliárias, antes de realizar os ensinamentos, para saber a realidade em que o doente está inserido (...) e após a alta, para avaliar in loco, caso haja alguma dúvida (...).” E7

“(...) as dúvidas do cuidador e as dificuldades surgem muitas vezes no domicílio (...) era importante uma consulta pós-alta ou a articulação com os centros de saúde, através de uma visita domiciliária.” E14

A continuidade de cuidados após a alta no domicílio é sugerida pelos enfermeiros de várias formas. Por um lado, alguns enfermeiros dão conta da importância de consulta pós-alta e, por outro, sugerem uma melhor articulação com outras instituições de saúde, centradas na comunidade. Todas estas sugestões visam averiguar se o processo de capacitação foi apreendido com sucesso pelo cuidador e quais são as dificuldades e as dúvidas sentidas no domicílio.

Ao enfermeiro especialista, à luz dos enunciados descritivos da Ordem dos enfermeiros dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação, é exigido assegurar o planeamento da alta da pessoa em situação crítica internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e dos recursos da comunidade e assegurar a divulgação dos recursos da comunidade para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica.

Corroborando este pensamento o Relatório “Um futuro para a saúde” da Fundação Calouste Gulbenkian (2014) sugere que o sistema nacional de saúde deve ser centrado nas pessoas e baseado em equipas, com o objetivo de prestar cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos e, em especial, na gestão de doenças crónicas e no aumento de mais serviços de apoio domiciliário e de proximidade.

Surge, neste enquadramento, a RNCCI como um importante apoio da comunidade aos cuidadores esta destina-se a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho)

A RNCCI assumiu-se como um novo paradigma organizacional e de cuidados na medida em que se assume como uma resposta integrada da saúde e segurança social “entendida como o processo terapêutico e de apoio social ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção social.” (Decreto- Lei nº101/2006 de 6 de Junho)

Como podemos verificar o processo de capacitação do cuidador informal da pessoa vítima de TCE é um processo complexo que envolve um conjunto de variáveis que influenciam positiva ou negativamente o decorrer deste trajeto, os enfermeiros desempenham, como foi possível verificar um

papel fulcral para que este processo ocorra de forma saudável e o mais ajustado possível às necessidades do cuidador, visando que este se sinta capaz no desempenhar das suas funções e possa prestar um cuidado de qualidade.

Apresentados e discutidos os dados obtidos com esta investigação, apresentamos na Figura 3 a representação sistemática que traduz o processo de capacitação levado a cabo pelo enfermeiro, enquanto agente capacitador, do cuidador da pessoa vítima de TCE.

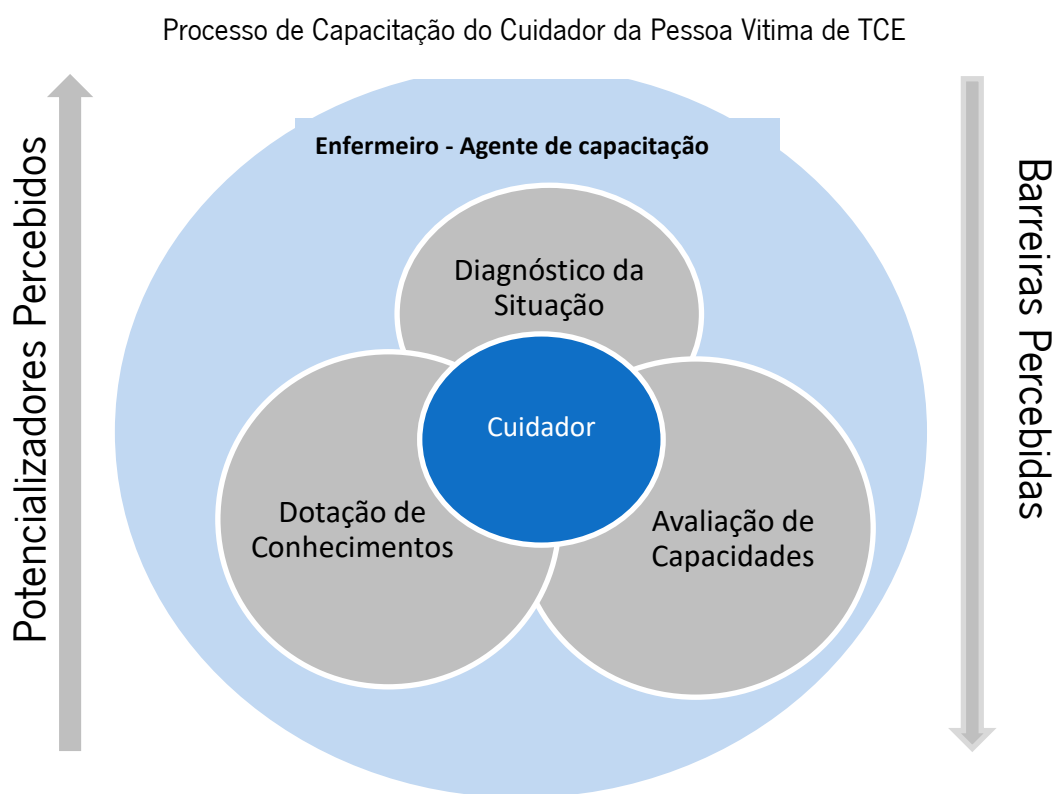


Figura 3 - Processo de Capacitação do Cuidador da Pessoa Vítima de TCE

Concluimos que o processo de capacitação do cuidador da pessoa vítima de TCE é um processo complexo, contudo foi possível identificar três etapas: diagnóstico da situação, dotação de conhecimentos e avaliação de capacidades, estando elas interligadas entre si, e sendo estas etapas influenciadas pelas barreiras e pelos potencializadores percebidos de forma negativa ou positiva, respetivamente. Este processo tem como principais intervenientes os enfermeiros e o cuidador. Estes devem estabelecer uma verdadeira parceria de modo a atingirem os objetivos a que se propuserem: o enfermeiro capacitar e o cuidador cuidar com qualidade.

5. CONCLUSÃO

A natureza súbita e inesperada do traumatismo crânio encefálico dá às famílias pouca margem para se adaptarem às alterações da condição de saúde traduzindo, por norma, uma escolha pouco informada e estruturada sobre os seus conhecimentos e as suas capacidades para tomarem conta do familiar dependente.

Os enfermeiros, após uma avaliação diagnóstica de cada situação, devem ajudar os cuidadores a mobilizar os diferentes saberes, tornando-os mais conhecedores e preparados para o desempenho do seu papel no sentido de gerirem de forma adequada os cuidados prestados em geral e, em particular, potenciar a autonomia e a independência tanto quanto possível.

O estudo a que nos propusemos pretendeu explorar e descrever a perspetiva dos enfermeiros sobre a capacitação dos cuidadores informais de pessoas vítimas de TCE. Das narrativas dos quinze participantes que integraram o estudo e que constituíram o *corpus*, sobre o qual se aplicaram os procedimentos de análise preconizados por Bardin (2015), emergiram cinco categorias, relacionadas com o conceito de capacitação: (i) diagnóstico de situação; (ii) dotação de conhecimentos; (iii) avaliação de capacidades; (iv) barreiras percebidas e; (v) potencializadores percebidos. Os achados revelaram a necessidade de implementar mais medidas preventivas e menos assistenciais no que reporta à preparação dos cuidadores através de uma articulação efetiva entre estruturas formais e informais. A realização deste estudo permitiu refletir e apresentar algumas implicações para o ensino, a prática e a investigação.

No que reporta ao ensino este deve-nos levar à reflexão sobre os conteúdos ministrados, o modo “do que é” ensinado e “como” é ensinado. Nesta perspetiva, o ensino e a formação dos enfermeiros devem compreender a dependência/incapacidade, a doença crónica e a capacitação dos cuidadores. Para além disso, o ensino deve incluir na formação dos enfermeiros uma abordagem integrada da família, desenvolvendo competências relacionais, como por exemplo competências de comunicação, visando a integração e a participação da pessoa doente e da família nos seus projetos de saúde.

Torna-se, também, importante a sensibilização das instituições de Ensino de Enfermagem para as competências dos enfermeiros, designadamente, as que são orientadas para a capacitação dos cuidadores e para a vivência de transições saudáveis experienciadas pelas famílias cuidadoras. Pensamos que, colmatando as suas necessidades pessoais, socioeconómicas e relacionais, prevenir-se-á a sobrecarga do cuidador e promover-se-á a saúde mental do mesmo, dado que a evidência sugere que a capacitação dos cuidadores de pessoas dependentes é determinante na prevenção dos níveis de ansiedade, depressão e stress associados ao exercício do papel de cuidador.

Ainda no que diz respeito ao ensino existe uma transversalidade de conteúdos relacionados com o cuidado informal, dada a sua importância e atualidade quer pela comunidade científica, quer pela comunidade em geral. O Estatuto do Cuidador, que se encontra neste momento em análise por parte dos órgãos governamentais, pretende regulamentar e permitir a conciliação da prática do cuidar com a vida laboral, familiar e social do cuidador, representando, deste modo, um esforço e reconhecimento inegáveis de que o cuidado informal é uma prioridade.

Relativamente à prática, os enfermeiros devem integrar as famílias de uma forma sistemática e o mais precoce possível nos cuidados, de forma a monitorizar e avaliar antecipatoriamente situações de risco, prevenindo complicações de saúde e sociais.

O fato de existir um elevado número de pessoas com incapacidade provocadas pelo TCE, este acontecimento constitui simultaneamente um desafio e uma oportunidade para os enfermeiros organizarem e sistematizarem a preparação da alta hospitalar em parceria com o cuidador, de modo a torná-lo mais capacitado. Sendo os enfermeiros elementos-chave, facilitadores no processo de transição/adaptação dos cuidadores ao novo papel, as suas intervenções devem focar-se na recuperação da autonomia e na readaptação funcional da pessoa vítima de TCE.

Apesar de abordarmos os cuidadores de pessoas vítimas de TCE é importante referir que os enfermeiros devem implementar políticas de saúde, no que diz respeito à prevenção de quedas e acidentes de viação, uma vez que, a evidência disponível dá conta destes indicadores como causas mais frequentes de TCE.

Para tal devem, assim, recorrer à literacia dos indivíduos de forma a que estes desenvolvam competências cognitivas e sociais, traduzindo-se na utilização da informação capaz de promover e manter uma boa saúde.

Ainda no que reporta à prática, entendemos que o encaminhamento das pessoas com TCE para a RNCCI, deve privilegiar mais as necessidades dos cuidadores favorecendo e privilegiando, assim, a aquisição, a preparação e a adaptação ao papel do cuidador. Para além disso, deve existir uma melhor articulação entre a RNCCI e o suporte informal, ou seja, pretende-se que as medidas sejam mais de prevenção e de suporte e menos assistenciais.

Neste seguimento torna-se fucral um melhor acompanhamento do cuidador após a alta hospitalar, podendo esse apoio ser fornecido através de uma visita domiciliária ou através de uma consulta após a alta visando apoiar o cuidador no seu novo papel, bem como conhecer as suas reais dificuldades. Tudo isto visando um cuidador capaz, saudável e a prestar cuidados de qualidade.

Por fim, no que diz respeito ao presente estudo, este permitiu explorar e descrever um tema relevante para a prática de cuidados, reforçando, também, o conhecimento já existente. Estudos futuros, devem privilegiar estudos descritivos e experimentais que integrem programas estruturados dirigidos aos cuidadores de forma a podermos melhorar o nível de conhecimento e de capacitação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, T.F.D.L. & Marques, I.R. (2009). Avanço na monitorização neurológica intensiva: implicações para a enfermagem. Artigo de revisão. *Rev Bras Enferm*, 62 (6), 894-900.
- Alves, J.B., & Teixeira, A.R. (2016). *Medidas De Intervenção Junto dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. Consultado em 10/06/2018 de www.cuidadoresportugal.pt.
- American Association of Critical Care Nurses, Chulay, M. & Burns, S. (2006). *AACN Essentials of Critical Care Nursing*. (1ª Ed.). United State of America: McGraw-Hill.
- Andrade, A., Paiva, W., Amorim, R., Figueiredo, E., & Neto, E. (2009). Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. *Revista Associação Médica Brasileira*, 55 (1), 75 – 81.
- “Araújo (2016). O cuidado informal a pessoas idosas dependentes no autocuidado após um acidente vascular cerebral: avaliação do impacto do programa InCARE na capacitação dos cuidadores. Tese de doutoramento. Universidade de Lisboa. Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/25155>”.
- Associação Novamente, (2014). Um estudo prospetivo sobre: Impacto Sócio Familiar do traumatismo Crânio Encefálico. Consultado em 10/06/2018 em: <https://novamente.pt/estudo/Estudo-Traumatismo-Cranio-Encefalico-2014.pdf>.
- Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy in changing society*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997b). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Coimbra: Edições 70.
- Bastos, A., Quesado, A., Padilha, J.M., Ferreira, L.M., & Kraus, T. (2005). Áreas de intervenção dos enfermeiros, na adaptação da pessoa à situação de doença. *Revista Sinais Vitais*, 60, 49-54.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2006). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.

Broodryk, M. & Pretorius, C. (2015). Initial experiences of family caregivers of survivors of a traumatic brain injury. *African Journal of Disability*, 4(1), 1-7

Cabral, Luciane [et al.] (2010). A importância da Educação em Saúde aos cuidadores de idosos. Consultado em 10/05/2018 em: <http://isapg.com.br/2010/ciepg/download.php?id=79>.

Carlozzi, N.E., Brickell, T.A., French, L.M., Sander, A., Kratz A. L.,Tulsky, D.S., ... Lange, R,L. (2015). Caring for our wounded warriors: A qualitative examination of health-related quality of life in caregivers of individuals with military-related traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 53(6), 669-680

Carneiro, M. E. F. (2009). *Motivação dos enfermeiros: relação com o comportamento do chefe de equipa*. Vila Real. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Consultado em 10 de Julho de 2018 em: http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/511/1/msc_mefcarneiro.pdf.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Cattani, R. B. & Girardin-Perlinili, N. M. O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 254-271.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2010). National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying*. Hyattsville, MD.

Chick, N. & Meleis, A. I. (1986) *Transitions: a nursing concern*. In: Chinn PL. *Nursing research methodology*. Maryland: Aspen.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida- da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Lisboa: Lusociência.

Cunha, B., Costa, D. & Mota. J. (2012). Estudo Epidemiológico de Incidência e Mortalidade por Traumatismo Crânio-Encefálico na População Portuguesa. Universidade Católica Portuguesa –

Faculdade Engenharia Epidemiologia e Saúde Pública. Sintra. [Consultado em 10 de Julho de 2018 em: http://www.novamente.pt/wp-content/uploads/2013/04/Relat%C3%B3rio-ESP.pdf](http://www.novamente.pt/wp-content/uploads/2013/04/Relat%C3%B3rio-ESP.pdf)

Davis, L. L., Gilliss, C. L., Deshefy-Longhi, T., Chestnutt, D. H. & Molloy, M. (2011). The nature and scope of stressful spousal caregiving relationships. *Journal of Family Nursing*, 17(2), 224-240.

Decreto de lei nº101/2006, de 6 Junho. (2006). Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Série I- A. Diário da República, 3856-3865.

Decreto-Lei n.º 265/1999 de 14 de julho. (1999). Ministério do Trabalho e da Solidariedade Série I- A. Diário da República, 4397-4401.

Dillahun-Aspillaga, C., Jorgensen-Smith, T., Ehlke, S., Sosinski, M., Monroe, D. & Thor, J. (2013). Traumatic Brain Injury: Unmet Support Needs of Caregivers and Families in Florida. *Plos ONE*, 8 (12), 1- 9.

Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. (2015). Consultado em 10/7/2018 em: <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020>.

European Commission (2010). *Caring and post caring in Europe – overview report*. Brussels: European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio – A sobrecarga do cuidador familiar*. Dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Fernández-Ballesteros, R., & Caprara, M. (2003). Psychology of ageing in Europe. *European Psychologist*, 8 (3), 129-130.

Fernandes, C.S. & Angelo, M. (2016). Family caregivers: what do they need? An integrative review. *Rev Esc Enferm USP*, 50(4), 672-678.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa : Climepsi Editores.

Flashman, L. A., Amador, X. & McAllister, T. W. (2005). Awareness of deficits. In Silver, J. M., McAllister, T. W. & Yudofsky, S. C. Textbook of traumatic brain injury. *American Psychiatric Publishing*, 353-367.

- Fleminger, S. & Ponsford, J. (2005). Long term outcome after traumatic brain injury: More attention needs to be paid to neuropsychiatric functioning. *BMJ: British Medical Journal*, 331 (7530), 1419–1420.
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Friborg, O., Roe, C., Braine, M., Damsgard, E. & Anke, A. (2017). Patterns of change and stability in caregiver burden and life satisfaction from 1 to 2 years after severe traumatic brain injury: A Norwegian longitudinal study. *Neurorehabilitation*, 40, 211-222.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fratezi, F.R. & Gutierrez B.A.O. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3241-3248. Consultado a 10/07/2018 em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n7/3241-3248>
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *“Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar”*. Lisboa. Gráfica Maiadouro, S.A.
- Greenberger, H. & Litwin, H. (2003). Can burdened caregivers be effective facilitators of elder care-recipient health care?. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (4), 332-341.
- George, J.B. (2000). *Teorias de enfermagem - fundamentos para a prática profissional*. (4^a ed.) São Paulo (SP): Artmed; 2000.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. Chichester, 16, 354-361.
- Hanson, S. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. Loures: Lusociência.
- Hassan, S., Khaw, W., Rosna, A., Husna, J. (2011) Traumatic Brain Injury: Caregivers' Problems and Needs. *JNMA J Nepal Med Assoc* , 50(1), 53–55.

Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hora, E.C., & Sousa, R.M.C. (2005) Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (1), 93-98.

Im, E. (2010). Afaf Ibrahim Meleis – Transition Theory. In: M. R. Alligood & A. M Tomey. *Nursing Theorists and Their Work*. (7.ª Edition). Missouri: Mosby Elsevier.

Internacional Council of Nurses (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses (2002). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão BETA 2 (1ª ed.). Genebra: International Council of Nurses,.

Júnior, P., Corrente, J.E., Hattor, C.H., Oliveira, I.M., Zancheta. D., Gallo, C.G.,... Galiego, E.T., (2011). Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (7), 3131-3137.

Kerr, S.M. & Smith, L.N. (2001). Stroke: An exploration of the experience of informal caregiving. *Clinical Rehabilitation*, 15, 428-436.

Kivunja, S., River; J. & Gullick,J. (2018). Experiences of giving and receiving care in traumatic brain injury: An integrative review. *Journal Clinical Nursing*, 27, 1304-1328.

Lage, I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. (Doutoramento). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Laham, C.F. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Dissertação Mestrado, não publicada. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Lamura, G., Mnich, E., Bien, B., Krevers, B., McKee, K., Mestheneos, L. & Döhner, H. (2007). Dimensions of future social service provision in the ageing societies of Europe. Invited key-note lecture

at the VI European Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics, St. Petersburg, Russia, 5-8th July 200. *Advances in Gerontology*, 20 (3), 13.

Landeiro, M.J.L., Martins, T.V. & Peres, H.H.C. (2016). Percepção dos enfermeiros sobre Dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de pessoa dependente. *Texto Contexto Enferm*, 25 (1), 1-9.

Life After Care Project (2010). Overview Report – Caring and Post Caring in Europe. [Retrived June 10, 2018, from: http://www.lifeaftercare.eu/docs/OverviewReportFinalSept2010.pdf](http://www.lifeaftercare.eu/docs/OverviewReportFinalSept2010.pdf)

Liu, W., Zhu, J., Liu, J. & Guo, Q. (2015). Psychological state and needs of family member caregivers for victims of traumatic brain injury: A cross-sectional descriptive study. *International Journal of Nursing Sciences*, 2, 231-236.

Lobão C., Gaspar, M., Marques, A. & Sousa, P. (2009). Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Revista Referência*, 2(11), 23-36.

Lopes, M. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formação e Saúde , Lda.

Maas, A.I.R., Stocchetti, N. & Bullock, R. (2008). Moderate and severe traumatic brain injury in adults. *Lancet Neurol*, 7, 728-41.

Mar, J., Arrospide, A., Begiristainc, J.M., Larrañagac, I., Sanz-Guineab, A. & Quemadad, I. (2011). Quality of life and burden of carers of patients with acquired brain injury. *Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia*, 46(4), 200-205.

Marques, M., Teixeira, H. & Souza, D. (2012). Cuidadores Informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trabalho Educação e Saúde*, 10 (1), 147-156.

Marques, S.C. (2007). *Os Cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.

Martins, M.M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família: O doente com AVC*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.

- Martins, J. J., Albuquerque G.L., Nascimento E. R. P., Barra, D.C.C., Souza, W.G.A. & Pacheco, W.N.S. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, 16(2), 254-262.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., M., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.(1), 12-28.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2013). A Teoria das Transições. Comunicação proferida pela autora na Conferência “A Teoria das Transições”, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a 19 de Setembro de 2013. Porto.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto: Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 1ª série, n.º.195, 3452 - 3459. [Consultado a 10/07/2018 em: http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF](http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF).
- Ministério da Saúde. (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro: Carreira especial de enfermagem. Diário da República, 1ª série, n.º.184, 6761 - 6765. [Consultado a 10/07/2018 em: http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18400/0676106765.pdf](http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18400/0676106765.pdf)
- Morse, J. (2007) *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau

Montezuma C.A., Freitas M.C. & Monteiro A.R.M. (2008). A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 10(2):395-404.

Nogueira A. (2008). *Competências do cuidador principal: perspectivas dos enfermeiros comunitários*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Portucalense - Infante D. Henrique.

Nogueira, M.A.A, Azeredo, Z.A. & Santos, A.S. (2012). Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(4), 749-759.

Oliveira, D.M., Pereira, C.U. & Freitas, Z.M. (2014). Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arq Bras Neurocir*, 33 (1), 22-32.

Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M. & Antunes, J. L (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Med Port*, 25 (3), 179-192.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 9/06/2018 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Consultado a 10/07/2018 em: www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Consultado a 10/06/2018 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem, Dezembro, 2002.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgica (MCEEMC). Parecer MCEEMC 12 / 2014 - 1 de 7. Consultado a 6/7/2018 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_12_2014_ImportanciaDaPresencaDoEEMC_Nos_CuidadosDeSaudePrimarios_NomeadamenteNAS%20UCC.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 7/05/2018 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 123 — 26 de Junho de 2015. Consultado a 5/5/2018 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4906/regulamento_361_2015_padroesqualidadecuidadosospnfpeessoasituacaocritica.pdf

Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice..* (5ª ed.ª). St. Louis: Mosby Year Book .

Orem (1991). *Nursing concepts of practice.* (4ª edª). St Louis: Mosby Year Book.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice..* (6ª edª.). St. Louis: Mosby Year Book.

Organização Mundial de Saúde – Declaração de Alma-Ata, Saúde Para Todos no Ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Genebra: OMS (1978) Consultado a 07/05/2018, em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>.

Organização Mundial de Saúde - Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Consultado a 10/6/2018 em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>>.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Montreal: Lusociência.

Pimenta, G.M.F., Costa, M.A.S.M.C., Gonçalves, L.H.T. & Alvarez, A.M. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43 (3), 606-611.

Piyakong, D., (2014). Challenges Faced By Thai Families When a Loved One Has a Traumatic Brain Injury. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 220-221.

Polit, D. (2004). Fundamentos de pesquisa de Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre. Artmed Editora.

Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Prigatano, G.P., Borgaro, S., Baker, J. & Wethe, J. (2005). Awareness and distress after traumatic brain injury: A relative's perspective. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 359–367.

Programa do XXI Governo Constitucional. Consultado a 10/06/2018 em: <https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>

Reigada, C., Pais-Ribeiro, J.L., Novellas, A. & Gonçalves, E. (2015). Construção de uma escala de capacidade para cuidar em paliativos: processo de validação de conteúdo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (2), 170-178.

Ribeiro, J.L. (1994). *A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde: Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Apport, 33-53.

Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Rocha, I. (2012). *Regresso ao Trabalho da Pessoa que sofreu Traumatismo Crânio-Encefálico: Várias Perspetivas para uma mesma realidade*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa: Lisboa.

Rogers, C. (2000). Manual de Counselling. Lisboa: Editora Encontro.

Roozenberg, B., Maas, A. I. & Menon D. K. (2013). Changing patterns in the epidemiology of traumatic brain injury.. *Nat Rev Neurol*, 9(4),231-236.

Roper, A., Adams,R., Victor,M. & Samuels, M. (2009). *Adams and Victor 's principles of Neurology*. Ninth Edition: McGraw- Hill Education.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas actividades de vida diária*. Lisboa : Climepsi ed.

Roseira, M.B. (2018). Cuidadores informais: proposta do governo já integra estatuto. [Consultado em dia 10/06/2018 em https://www.dn.pt/portugal/interior/cuidadores-informais-proposta-do-governo-ja-integra-estatuto-9517528.html](https://www.dn.pt/portugal/interior/cuidadores-informais-proposta-do-governo-ja-integra-estatuto-9517528.html)

Santos, M. E., Sousa, L., & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em portugal (*). *Acta Médica Portuguesa*, 16, 71 – 76.

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49 (jun/dez). pp. 153-171. [Consultado a 10/07/2018 em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf)

Santos, P. (2005). *O Familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Shumacher, K. L. (1995). Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9, 211-271.

Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). *Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J. & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.

Shaffer, K. M., RiKlin, E., Jacobs, J.M., Rosand, J. & Vranceanu, A. (2016a). Psychosocial Resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 36, 154-159

Shaffer, K. M., RiKlin, E., Jacobs, J.M., Rosand, J. & Vranceanu, A.(2016b.) Mindfulness and Coping Are Inversely Related to Psychiatric Symptoms in Patients and Informal Caregivers in the Neuroscience ICU: Implications for Clinical Care. *Crit Care Med* 44(11), 2028-2036

Silva, I. (2008). *Orientação Técnicas para Cuidadores Informais na Área dos Cuidados Continuados*. Dissertação de Mestrado. Universidade Atlântica: Funchal.

Silveira, T.M., Caldas, C.P. & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos Saúde Pública*, 22 (8), 1629-1638.

Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R. & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Rev. Enf. Ref*,3(4),151-160.

Souza, M. D. L., Sartor, V. V. D. B., Padilha, M. I. C. D. S. & Prado, M. L. (2005). O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(2), 266–270.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando o Imperativo Humanista*. (5.^a ed.). Loures: Lusodidacta.

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3): 161-6.

Swearingen, P. & Keen, J. (2001). *Manual de Enfermagem de cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes*. (4^a ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Tornés, A. A. P., Hernández, R.G., González, E.V. & Báez, J. J. L. (2012). Fatores pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave del adulto. *Rev Cubana Neurol Neurocir*, 2 (1), 28–33.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Weber, L. A., Lima, M. A., Acosta, A. M. & Maques, G. Q. (2017). Transição do Cuidado do Hospital para o Domicílio: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm*. (22)3:e47615. [Consultado a 10/06/2018 em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615/pdf](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615/pdf).

Winn, H.R., Bullock, M., Hovda, D., Schouten, J. & Maas, A. (2011) *Youmans Neurological Surgery: Chapter 323 – Epidemiology of Traumatic Brain Injury*”.(6ªed.) Elsevier Saunders , 4, 3270-3275.

Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*, 7(3): 25-32. Ribeirão Preto.

ANEXOS

ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética do Hospital de Braga

Data: 28 de Novembro de 2017

Nossa referência: 157/2017

Relator: Paulo Silva

Nada a opor, no
pressuposto de que no final
seja entregue o trabalho em os
resultados de investigação, à
Direção de Enfermagem de H. Braga.
Fátima Braga, Enf.ª Titular
2017-12-05

A. L. Guedes,
5/12/17

Parecer emitido em reunião plenária de 28 de Novembro de 2017

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB) em relação ao estudo **"Capacitação Dos Cuidadores De Doentes Vítimas De Traumatismo Crânio Encefálico: Intervenção Dos Enfermeiros"** de que é investigadora principal a Enfª Sandra Marina Teixeira Carreira, Enfermeira no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Braga, orientadora o Professor Fátima Braga e coorientadora a Professora Odete Araújo, e que decorrerá no mesmo Serviço, emite o seguinte parecer:

- a) O estudo pretende explorar as intervenções dos enfermeiros promotoras da capacitação dos cuidadores de doentes vítimas de TCE internados no serviço de Neurocirurgia, descrever as intervenções dos enfermeiros promotoras da capacitação aos cuidadores de doentes vítimas de TCE, internados no serviço de Neurocirurgia, explorar as dificuldades dos enfermeiros e as possibilidades de melhoria das intervenções de enfermagem realizadas aos cuidadores para a promoção da sua capacitação e descrever as dificuldades dos enfermeiros e as possibilidades de melhoria das intervenções de enfermagem realizadas aos cuidadores para a promoção da sua capacitação. Trata-se de um estudo um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa ;
- b) A colheita de dados será realizada através de uma entrevista semiestruturada gravadas em suporte de áudio após autorização, garantindo-se a sua ulterior destruição. Posteriormente à realização de cada entrevista, o conteúdo da mesma será validado por cada participante;
- c) O protocolo é adequado e existem planos de divulgação dos resultados do estudo proporcionais ao âmbito de um projeto de investigação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem da Universidade do Minho;

-
- d) A investigadora principal e equipa orientadora possui aptidão para a realização do estudo;
 - e) Existem condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo clínico;
 - f) O estudo não acarretará abuso de recursos e não é financiado, pelo que não haverá retribuição ou compensação eventuais dos investigadores nem dos participantes;
 - g) A população alvo serão todos os enfermeiros que trabalham no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Braga. A amostra será não probabilística por conveniência/acidental, uma vez que serão selecionados os enfermeiros que se mostrarem disponíveis para participar no estudo;
 - h) Não foram referidas situações de conflito de interesses;
 - i) Não haverá acompanhamento clínico dos participantes, uma vez que os participantes não são pacientes;
 - j) Existe um adequado procedimento de obtenção de consentimento informado, incluindo as informações a prestar aos representantes dos participantes. Existe o compromisso de que os dados recolhidos serão tratados de forma anónima, e que será garantida a sua confidencialidade ao longo de todo o processo.

Concluindo, o estudo cumpre as normas da Bioética e nada há a opor à sua realização.

O Presidente da CESH



(Dr. Juan Garcia)

ANEXO II - Consentimento Informado

ASSUNTO: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe for feita, queira assinar este documento.

Eu, **Sandra Marina Teixeira Carreira**, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em parceria com a Universidade de Trás – os – Montes e Alto Douro, com o numero de aluno pg12925, venho por este meio solicitar a vossa prestigiada colaboração, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado “ *Capacitação dos Cuidadores de Doentes Vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico: Intervenção dos Enfermeiros*” sob a orientação da professora Fátima Braga e coorientação da professora Odete Araújo.

O TCE, na maioria das vezes, conduz o doente a uma situação de dependência, este fato leva a que a família de forma inesperada sinta necessidade de assumir o papel de cuidador informal. Assim sendo, é essencial que os enfermeiros integrem o mais precocemente os cuidadores na prestação de cuidados de forma a estes adquirirem competências e segurança nos cuidados prestados.

Tendo como base esta evidência, surge a necessidade de analisar as intervenções de enfermagem que na perspetiva dos enfermeiros promovem a autonomia do cuidador dos doentes vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE). Para tal definimos os seguintes objetivos:

- Explorar as intervenções dos enfermeiros promotoras da capacitação dos cuidadores de doentes vítimas de TCE internados no serviço de Neurocirurgia;
- Descrever as intervenções dos enfermeiros promotoras da capacitação aos cuidadores de doentes vítimas de TCE, internados no serviço de Neurocirurgia;
- Explorar as dificuldades dos enfermeiros e as possibilidades de melhoria das intervenções de enfermagem realizadas aos cuidadores para a promoção da sua capacitação;
- Descrever as dificuldades dos enfermeiros e as possibilidades de melhoria das intervenções de enfermagem realizadas aos cuidadores para a promoção da sua capacitação;

Perante o exposto é intuito deste projeto abordar a temática tendo como fim a perceção de aspetos relacionados com a mesma, especificamente neste Serviço de Internamento de Neurocirurgia.

Mais, se acrescenta que não serão revelados dados pessoais mantendo por isso o anonimato e confidencialidade de qualquer dado recolhido e que estes serão apenas utilizadas para fim de estudo, não havendo como tal registo de dados de identificação.

É livre para abandonar o estudo a qualquer momento e, portanto, a sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar a qualquer momento, sem que isso o prejudique na sua relação com os seus pares e/ou outros profissionais ou lhe traga qualquer inconveniente quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Mais, informo, que o estudo teve o parecer favorável quer da Comissão Científica, Pedagógica, quer da Comissão Mista do referido Mestrado. Assim sendo, os aspetos éticos e deontológicos, serão assegurados, assumindo o compromisso de devolver, no final do estudo, os resultados obtidos no decorrer da investigação.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me (Sandra Marina Teixeira Carreira, investigador principal do estudo e aluno de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Disponibilizo os meus contactos: Telemóvel: 962189453 ou email: sandracarreira30@gmail.com).

Muito Obrigado pela sua colaboração,

Braga, 2018

(Sandra Marina Teixeira Carreira)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem com as informações verbais que me foram fornecidas pela (s) pessoa (s) que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Comprometo-me ainda assegurar a veracidade dos dados que irei transmitir.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nota: Este documento é composto por três páginas e feito em duplicado: uma via para o/a investigador /a, outra para a pessoa que consente.

ANEXO III - Entrevista Semiestrurada

Guião de Entrevista
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO MINHO/UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Código:

GUIÃO DE ENTREVISTA

Dados Sociodemográficos:

Idade: _____

Sexo: Masculino

☐

Feminino

☐

Estado civil: _____

Nível de Formação Académica: _____

Nível de Formação Profissional: _____

Tempo de Experiência Profissional: _____

Tempo de Experiência Profissional no Serviço de Neurocirurgia: _____

<u>Bloco Temático</u>	<u>Questão</u>	<u>Objetivo</u>
Capacitação dos cuidadores	1. Enquanto enfermeiro de que forma capacita os cuidadores informais dos doentes vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico?	Obter informação acerca de como os enfermeiros capacitam os cuidadores de doentes vítimas de TCE.
Intervenções dos enfermeiros relativamente aos autocuidados junto dos cuidadores	2. No que reporta aos autocuidados, na sua opinião, qual deles carece de mais intervenção junto dos cuidadores?	Obter informação sobre quais os autocuidados que carecem de mais intervenção dos enfermeiros junto dos cuidadores.
Dificuldades/Obstáculos dos enfermeiros na realização das suas intervenções para capacitação do cuidador	3. Quais são as principais dificuldades com que se depara nas suas intervenções junto dos cuidadores dos doentes vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico? 4. Na sua opinião quais são os principais obstáculos por parte dos cuidadores na aquisição de competências?	Obter informação acerca das dificuldades e obstáculos dos enfermeiros na realização das intervenções de capacitação dos cuidadores de doentes vítimas de TCE.
Melhoria e aperfeiçoamento das intervenções para promover uma melhor capacitação do cuidador	5. Na sua opinião, como vê a possibilidade de melhoria e aperfeiçoamento destas intervenções visando desenvolver/promover a capacitação do cuidador?	Obter informação acerca das possibilidades de melhoria e aperfeiçoamento das intervenções visando desenvolver/promover a capacitação do cuidador.
Avaliação do desempenho dos cuidadores	6. Habitualmente como avalia o desempenho dos cuidadores informais que são alvo da intervenção de enfermagem para a promoção da sua autonomia?	Obter informação como os enfermeiros avaliam o desempenho dos cuidadores

ANEXO IV - Autorização da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS)



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 167/2017

Título do projeto: *Capacitação dos cuidadores de doentes vítimas de traumatismo crânio encefálico - intervenção dos enfermeiros*

Investigador(a) responsável: Fátima Braga, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Odete Araújo, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; e a aluna Sandra Carreira, do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho Outras Unidades: Serviço de Neurocirurgia, Hospital de Braga

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *Capacitação dos cuidadores de doentes vítimas de traumatismo crânio encefálico - intervenção dos enfermeiros*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 17 de janeiro de 2018.

A Presidente

MARIA CECÍLIA DE Assinado de forma digital

Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão

Dados: 2018.01.18 09:42:4

ANEXO V – Produção Científica no âmbito da dissertação

Publicação Científica Internacional

- Carreira, S., Braga, F. & Araújo, O. (2018). Perspective of nurses on the training of caregivers of traumatic brain injury victims: an integrative review of the literature (artigo submetido).

- Carreira, S., Braga, F. & Araújo, O. (2018). Training of informal caregivers of traumatic brain injury victims: nurses' perspective of a neurosurgery unit (artigo submetido).

Comunicações científicas nacionais e internacionais

- Carreira, S., Braga, F. & Araújo, O. (2018). A voz dos enfermeiros sobre a capacitação dos cuidadores de sobreviventes de um traumatismo crânio encefálico. Comunicação apresentada na Semana de Investigação em Enfermagem, realizada no dia 12 de julho de 2018, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Carreira, S., Braga, F. & Araújo, O. (2018). Capacitação dos cuidadores de pessoas vítimas de traumatismo crânio encefálico. Comunicação a apresentar no II Fórum de Investigação em Enfermagem-Investigar para Cuidar, no dia 23 de novembro de 2018 em Braga.